

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA

**ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO BIOPSICO
SOCIALES PRESENTES EN LOS PACIENTES CON
SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE: TIPO DIARREA,
ESTREÑIMIENTO, MIXTO E INDEFINIDO EN EL
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO CIRUJANO**

Autor:

DAVID ALEJANDRO ANDRADE SILVA

Director de tesis

DR. ULDAR ESPINOSA

Director metodológico

DRA.PAMELA CABEZAS

Quito, 2016

GRACIAS

“EL AGRADECIMIENTO ES LA MEMORIA DEL CORAZON”

Lao Tsé

**A Dios por la vida y todas
las oportunidades**

**A Ceci y David por ser los
mejores maestros que he
tenido, enseñándome con
su ejemplo a ser la persona
que soy hoy**

**A Andrea, por ser mi luz en
mis momentos de oscuridad**

**A mi familia y amigos que a
lo largo de la vida han
estado junto a mí**

**A mis maestros que
dedicaron su tiempo para
formar a mejores personas
para el mañana**

RESUMEN EJECUTIVO

Los desórdenes gastrointestinales se encuentran entre los problemas de salud que, con mayor frecuencia, afectan a la población independientemente de la edad y nivel socioeconómico, estas patologías implican cargas en los ámbitos social, económico, de salud y evidentemente en la calidad de vida de los pacientes.

Entre los desórdenes gastrointestinales más frecuentes se encuentra el síndrome de intestino irritable, patología que hasta la actualidad suscita múltiples interrogantes, a pesar de que en las últimas décadas se han realizado numerosos estudios e investigaciones, que sin duda han posibilitado un mejor conocimiento del tema, especialmente en lo que se refiere a su sintomatología.

No existen criterios uniformes en relación con los factores desencadenantes del síndrome de intestino irritable (SII), debido a la complejidad y heterogeneidad de su fisiopatología, lo que ha determinado que la dolencia sea entendida parcialmente, puesto que, de acuerdo con los estudios son múltiples los factores que pueden contribuir para el desarrollo y las manifestaciones clínicas del trastorno. Existen investigaciones que indican a los factores biopsicosociales, genéticos y otros, como elementos presentes en el trastorno, no como la causa pero si como contribuyentes.

En este entorno y dado que en los países latinoamericanos y específicamente en Ecuador son escasas las investigaciones sobre esta temática, se planteó un estudio con el interés de conocer, con mayor profundidad los factores de riesgo biopsicosociales que podrían estar presentes en pacientes con síndrome de intestino irritable tipo diarrea, estreñimiento, mixto, e indefinido, en el Hospital San Francisco de Quito.

El estudio contó con la participación de 189 pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología de esta unidad hospitalaria, diagnosticados con síndrome de intestino irritable y atendidos durante el período comprendido entre enero y octubre del 2015.

A dichos pacientes se les aplicó una encuesta con el fin de determinar si ciertos factores de riesgo presentaban o no correlación con subtipos específicos de SII.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I.....	6
ANTECEDENTES.....	6
1. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.....	7
1.2 Fisiopatología.....	10
1.2.1 Relación Intestino cerebro.....	11
1.3 Factores genéticos.....	12
1.4 Infecciones.....	14
1.5 Factores psicosociales y ambientales.....	15
1.6 Alcohol, IMC y Ejercicio físico.....	17
1.7 Factores dietéticos.....	17
1.8 Síntomas.....	18
1.9 Diagnóstico.....	18
1.10 Subtipos.....	19
1.11 Calidad de vida.....	19
CAPÍTULO II.....	21
2. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO.....	21
2.1 El Hospital San Francisco de Quito.....	21
2.2 Servicio de Gastroenterología.....	21
2.3 Tema.....	21
2.4 Planteamiento del problema.....	22
2.5 Hipótesis.....	22
2.6 Objetivos.....	22
2.6.1 Objetivo general.....	22
2.6.2 Objetivos específicos.....	22
2.7 Materiales y métodos de estudio.....	22
2.8 Universo.....	23
2.8.1 Criterios de inclusión.....	23
2.8.2 Criterios de exclusión.....	23
2.9 Tamaño de la muestra.....	23
2.9.1 Unidad de análisis.....	24
2.9.2 Tipo de muestreo.....	24
2.10 Métodos y técnicas.....	24

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

2.10.1 La encuesta.....	25
2.11 Análisis estadístico.....	26
3. Resultados	26
3.1 Base de datos.....	26
3.2 Características clínicas de los pacientes.....	27
4.1 Sexo y edad	31
4.2 IMC	31
4.3 Hábitos perniciosos	32
4.4 Factores alimentarios.....	33
4.5 Factores sociales.....	33
4.6 Factores psíquicos	34
4.7 Ventajas del estudio	35
4.8 Limitaciones del estudio.....	35
5. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFÍA.....	37
ANEXOS.....	44

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

El aparato digestivo o sistema digestivo está formado por un conjunto de órganos encargados del proceso de digestión, que consiste en transformar las complejas moléculas de los alimentos en sustancias simples, los hidratos de carbono complejos o polisacáridos se degradan a azúcares más simples (monosacáridos), las proteínas a aminoácidos y las grasas hasta ácidos grasos y glicerol. Esta transformación es mecánica y química y su paso a través del aparato digestivo depende del tipo de alimentos o el grado de actividad muscular del aparato digestivo¹

Los trastornos funcionales digestivos representan un espectro de patologías que pueden afectar a cualquier porción del tracto intestinal donde aparentemente existe disregulación de la función visceral, sensación aferente y fuertes vínculos con factores emocionales y/o estrés sin una causa orgánica que los explique²

Entre los trastornos de este tipo que se presentan con mayor frecuencia están la dispepsia funcional, y el síndrome de intestino irritable (SII), un trastorno de consulta médica frecuente, al que no se considera como una enfermedad propiamente dicha, si no como un conjunto de trastornos funcionales del intestino, cuyo origen hasta el momento no se ha dilucidado completamente.³

Los orígenes de esta patología se remontan siglo XIX, en sus inicios el diagnóstico de lo que hoy conocemos como síndrome de intestino irritable se hizo por descarte; pues era común un examen físico con hallazgos patológicos sin una causa aparente

Fueron muchos investigadores como Powell en 1818, Ryle 1928, Howship en 1830 quienes analizaron esta patología dándole nombres como: estrechez espasmódica del colon o colon espástico. Más adelante investigaciones de Jordan y Kiefer, 1929 y Chaudhary & Truelove, 1962 caracterizan a la enfermedad como colon y síndrome de colon irritable respectivamente

En 1958 Appley introdujo el término *dolor abdominal recurrente*, el cual se caracterizaba por dolor abdominal crónico de origen no orgánico que presentaba por lo menos 3 o más episodios en 3 meses y que son lo suficientemente dolorosos como para interrumpir las actividades del paciente, posteriormente investigaciones de Grant Thompson 1978 sistematizaron las enfermedades funcionales permitiendo así el primer grupo de criterios diagnósticos, los criterios de Manning, varios años después Kruis 1984 publicó nuevos criterios para la patología⁶³ pese a esto no existía una universalidad de criterios para el diagnóstico de SII hasta que en 1989 un comité multifuncional categoriza los trastornos intestinales funcionales en subgrupos y establece criterios universales (criterios ROMA I), con el transcurso del tiempo estos criterios presentaron algunas limitaciones por lo que fueron ampliados y mejorados por los criterios de Roma II, los mismos que por primera vez clasifican al SII en los subtipos de predominio de diarrea o estreñimiento y mixto⁴

1. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

El síndrome de intestino irritable forma parte de los trastornos gastrointestinales funcionales pues no está acompañado de alteraciones orgánicas, ni de lesiones visibles, más bien presenta síntomas superpuestos, caracterizados por dolor, discapacidad y anomalías funcionales⁵

La Organización Mundial de Gastroenterología define al síndrome de intestino irritable (SII), como un trastorno intestinal funcional en el que la defecación está acompañada de dolor, molestia abdominal, o alteraciones del hábito del movimiento intestinal, además de distensión abdominal⁴

Investigaciones recientes incluyen nuevos puntos de vista, no probados todavía, así un equipo del grupo de investigación en Fisiología y Fisiopatología Digestiva del Vall d' Hebron Institut de Recerca (VHIR) describe alteraciones moleculares en el SII como: mayor activación de células inmunológicas en especial el mastocito y señalización anómala entre células en el intestino delgado (concretamente en el yeyuno. Esta descripción de una lesión orgánica en el síndrome del intestino irritable, cambia radicalmente la visión de este trastorno antes considerado eminentemente funcional⁶

1.1 Prevalencia

No existen datos completos o exactos sobre la prevalencia e incidencia del SII, la mayoría de estudios corresponden a países europeos o norteamericanos, y hay una marcada ausencia de estudios y datos en diversas regiones como las de África, Latinoamérica y el Caribe. Otro problema importante es que muchos estudios difieren radicalmente en criterios de inclusión y exclusión y se continua utilizando criterios diagnósticos no vigentes, además varias investigaciones coinciden que esta patología podría estar subdiagnosticada pues en muchos países el paciente solo acude cuando el dolor es muy elevado y otros incluso no tienen accesos a servicios de salud.

Pese a la insuficiencia de datos existen cifras que permiten visualizar la complejidad del SII en el mundo entero. Oshima afirma que: la prevalencia se ubica, dependiendo de los criterios de exclusión utilizados, entre el 1,1 y el 29,2 %⁷. Según Thompson en el mundo occidental la prevalencia de este trastorno es de alrededor del 20 %.⁸ En países asiáticos se encuentra entre 6,5 y 10,1 %, de acuerdo con Chang, y Chen⁹ y, en el norte de India la prevalencia es del 4%, según Makharia GK,¹⁰

La prevalencia de SII en Europa y América del Norte es de 10 a 15%, en Suecia, la cifra más comúnmente citada es 13.5%. En la región Asia-Pacífico, la prevalencia está aumentando particularmente en países con economías en desarrollo, además las estimaciones de prevalencia de SII varían según el criterio de diagnóstico utilizado, estudios en la India revelan que los criterios de Roma I para SII identifican más pacientes que los criterios de Roma II. Las prevalencias comunicadas incluyen 0.82% en Beijing, 5.7% en el sur de China, 6.6% en Hong Kong, 8.6% en Singapur, 14% en Pakistán, y 22.1% en Taiwán⁴

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Los datos de América del Sur, en general, son escasos; en Uruguay, por ejemplo, existe solo un estudio, indicando una prevalencia total de 10.9% (14.8% en mujeres y 5.4% en hombres); 58% con SII-C y 17% con SII-D. En 72% de los casos la instalación ocurrió antes de los 45 años. Los datos de África son aún más escasos. Un estudio en una población de estudiantes nigerianos basado en los criterios de Roma II halló una prevalencia de 26.1%.⁴

En otros estudios detallados en la Tabla 1 revelan datos específicos acerca de SII

Study	Sample size	Subject group (Method of data collection)	Country	Age	IBS (%) ^a			Subtype (%) ^a			
					Total	M	F	IBS-C	IBS-D	IBS-M	IBS-U
Jung et al. ²⁸ 2007	2273	GP (Postal)	USA	33–93	11.1	7.9	13.9	3.2	3.9	1.3	2.7
Miwa, ²⁹ 2008	10 000	GP (Internet)	Japan	20 ≤	13.1	10.7	15.5	3.1	3.9	6.1	-
Gomez Alvarez et al. ³⁰ 2009 ^b	558	GP (Interview)	Colombia	18–60	19.9	-	-	-	-	-	-
Khoshkrood-Mansoori et al. ³¹ 2009	18 180	GP (Interview)	Iran	16 ≤	1.1	0.6	1.5	-	-	-	-
Lee et al. ³² 2009	2005	GP (Telephone)	China	15–65	5.4	4.6	6.2	1.1	2.0	0.3	1.9
Kaji et al. ¹¹ 2010	2680	Health check-up	Japan	Mean 40	14.2	-	-	-	-	-	-
Noh et al. ¹² 2010	2388	Health check-up	Korea	Mean 43	10.1	-	-	-	-	-	-
Sorouri et al. ³³ 2010	18 180	GP (Interview)	Iran	16–80	1.1	0.6	1.5	-	-	-	-
Ebling et al. ³⁴ 2011	703	GP (Postal)	Croatia	20–69	29.2	21.4	36.7	-	-	-	-
Kubo et al. ³⁵ 2011	2717	Health check-up	Japan	Mean 40	13.5	10.5	19.3	2.9	3.8	3.3	3.6
Makharia et al. ³⁶ 2011	4767	GP (Interview)	India	18–64	4.0	3.2	4.8	0.3	1.5	1.7	0.5
Chang et al. ¹⁴ 2012	4275	GP (Interview)	Taiwan	19 ≤	4.4	3.4	5.4	-	-	-	-
Choung et al. ¹⁵ 2012	3517	GP (Postal)	USA	Mean 61	19.4	-	-	-	-	-	-
Miwa, ¹⁸ 2012	15 000	GP (Internet)	Japan	20–79	14.0	12.7	15.4	-	-	-	-
Krogsgaard et al. ³⁷ 2013	6112	GP (Internet)	Denmark	18–50	16.0	M<F		2.9	5.3	5.7	1.8
Lin et al. ³⁸ 2014	1002	GP (Interview)	UK	16–93	6.0	M<F		0.7	1.4	2.7	1.2
Perveen et al. ²¹ 2014	3000	GP (Interview)	Bangladesh	15–97	12.9	12.4	13.6	3.5	4.5	3.7	0.6
Rasmussen et al. ²² 2014	47 090	GP (Internet)	Denmark	20 ≤	10.5	7.9	12.8	-	-	-	-

Tabla 1 – Prevalencia de SII en distintos estudios

Tomado de Oshima T, Miwa H. (2015) Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Japan and in the World

Sobre la incidencia del trastorno se sostiene que el SII representa el 12% de las consultas a los médicos clínicos y más de un tercio de las consultas nuevas en gastroenterología. Sin embargo a pesar de esta alta prevalencia se estima que solo entre el 20 y 25% de los pacientes, acuden a la consulta.¹¹

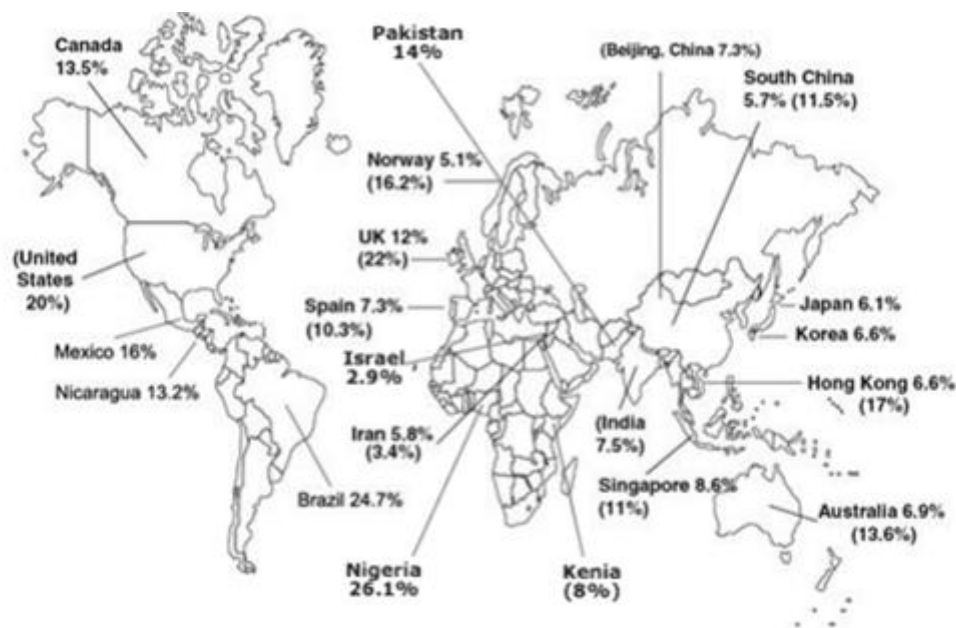


Figura 1 Mapa mundial de prevalencia de SII (2000-2004) basado en criterios de Roma II Y III, parámetros de Manning ().

Adaptado de: *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17:317-24, Tomado de: Quigley E, et. al *Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología: 2009; 1 -23*

1.1.1 Prevalencia por género

El SII puede presentarse en cualquier persona, independientemente de que sea varón o mujer, de su edad, de su raza o su estatus social, sin embargo la mayoría de estudios demuestran que existe una mayor prevalencia entre las mujeres que entre los varones^{4, 8, 9, 10, 11}. Las cifras que se manejan sobre este particular son variables, pero existe un criterio generalizado sobre la distribución del SII que sería: por cada hombre existen de 2- 4 mujeres enfermas⁴.

La mayor prevalencia del SII en mujeres es más común en occidente, así en la India y en algunas regiones de la China existe una menor predominancia en mujeres, lo que ha llevado a suponer que esto podría ocurrir por las diferentes posibilidades de acceso a la salud que existen en esas regiones, o por las conducta de las mujeres, en las respectivas consultas⁴

Los estudios también han mostrado que el género influye en el subtipo de SII, es más frecuente el estreñimiento en mujeres, mientras el subtipo diarrea, se presenta igual en ambos sexos.¹²

Se ha probado que la diferencia de género incide incluso en la sintomatología, no tanto en el dolor abdominal, común a ambos sexos, sino en síntomas como la

emisión rectal, sensación de evacuación incompleta, heces caprinas y distensión abdominal, que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres.¹²

1.1.2 Prevalencia por edad

El síndrome puede estar presente desde los primeros años hasta las últimas etapas de la vida del ser humano. El rango en que puede estar presente el síndrome es muy amplio y se presenta fundamentalmente entre los 15 y 65 años de edad sin excluir que se puede presentar antes o después, pese a que la mayor parte de pacientes no acude al médico en su período inicial y muchas veces tampoco en la etapa final, por lo que en un buen número de casos, el diagnóstico se produce años después de iniciada la dolencia. El porcentaje de pacientes que no busca atención médica varía entre países y regiones, pero se lo ubica entre el 10 y el 60%. Se estima que los pacientes que van a consulta con mayor frecuencia están entre los 30 y 50 años y son mayoritariamente mujeres.⁴

1.1.3 Prevalencia por raza

No existe evidencia de que el grupo étnico sea un factor determinante para el SII, si bien se han descrito factores genéticos, culturales y hábitos de vida. Estudios realizados revelan que no habría diferencia entre blancos, negros o personas de otras razas, pero sí se registraron diferencias entre hispanos y no hispanos, notándose que la prevalencia era menor en los hispanos. También se observó que, en una misma población, los cambios en las formas básicas de vida podrían influir en la prevalencia del SII, como el caso de los beduinos de Israel que siguen con una vida rural y nómada, y presentan SII con menor frecuencia que aquellos que viven en las ciudades. Esto ha llevado a concluir que la forma de vida, los cambios que se experimentan, al igual que otras variables relacionadas con la condición social sí podrían incidir en la presencia de esta dolencia,¹³

1.2 Fisiopatología

Por más de un siglo el SII se debatió entre múltiples interrogantes y dudas por lo que no se tuvo un conocimiento integrado de su fisiopatología. Hasta mediados del siglo XX prevalecieron consideraciones relacionadas exclusivamente con la función motora, más tarde se incluyó el concepto de hipersensibilidad visceral²², posteriormente la interacción del eje cerebro-intestino¹⁷ y luego el rol de la Hidroxiptamina (HT)¹⁹ como mediador hormonal de la motilidad gastrointestinal y de la hipersensibilidad visceral. Actualmente la fisiopatología del SII incorpora a las alteraciones motoras e hipersensibilidad visceral junto a factores biopsicosociales que interactúan en el funcionamiento de los órganos involucrados⁴.

El propio grupo de Roma III reiteró el modelo biopsicosocial de la enfermedad funcional digestiva, respaldado por estudios y observaciones sobre factores genéticos, ambiente familiar en la edad temprana, factores psicosociales, alteración en la motilidad, hipersensibilidad visceral, inflamación, alteración de la flora bacteriana, interacción intestino-cerebro, dando mayor sustento científico a las enfermedades funcionales¹²

1.2.1 Relación Intestino cerebro

Las conexiones macro anatómicas y micro anatómicas entre SNE (Sistema nervioso entérico) Y SNC (Sistema nervioso central) se han convertido en tema de vital importancia para el entendimiento de esta patología

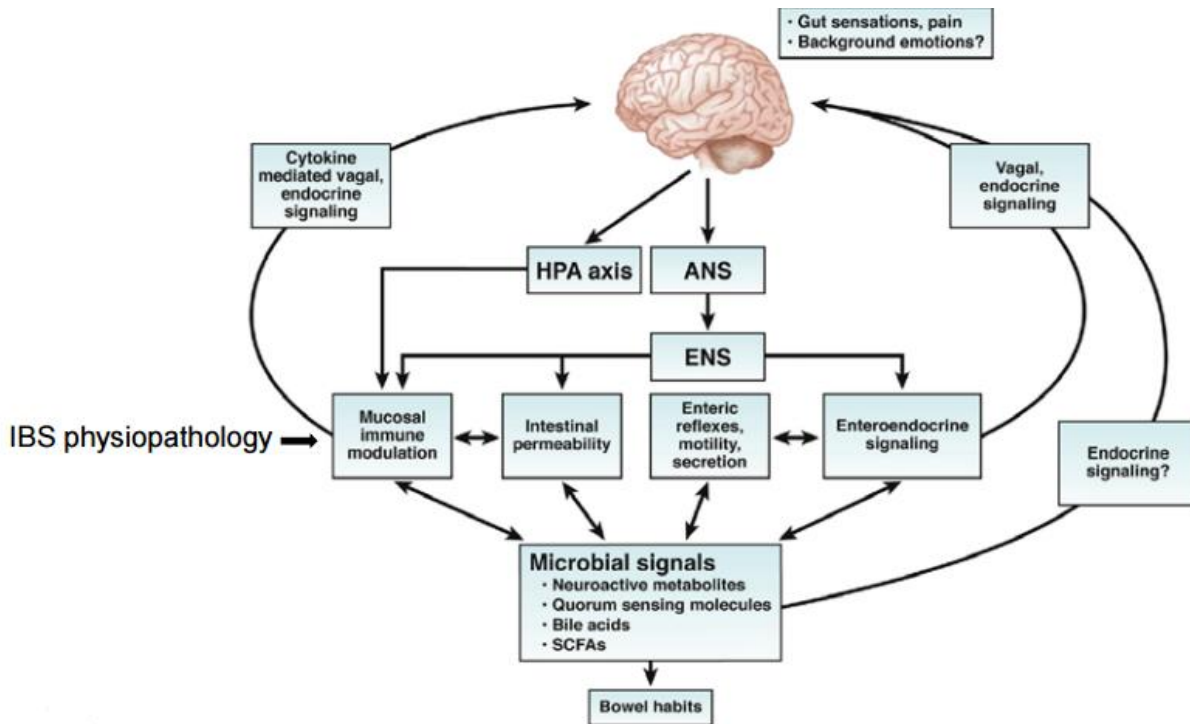
Un estudio conducido por Wood sostiene que la conexión entre SNC y el SNE es constante iniciándose en aferencias vagales y espinales que transportan estímulos desde el tracto gastrointestinal hacia el SNC específicamente el eje hipotálamo hipofisario adrenal, el sistema límbico y varias estructuras paralímbicas (corteza prefrontal medial y dorsolateral, amígdala e hipotálamo) las cuales comunican cambios del SNC a través del sistema nervioso autónomo (SNA) señales que se transmiten por eferencias simpáticas y parasimpáticas que discurren por el epitelio muscular, la serosa, la lámina propia y los vasos sanguíneos mesentéricos, terminando en la musculatura¹⁴

Las conexiones antes mencionadas nos permiten entender la relación cercana entre el SNC Y SNE, alteraciones en el SNE como contracción, dismotilidad, isquemia, infección o distensión envían señales al SNC que se traducen en cambios a través de neurotransmisores como 5HT los cuales producen variabilidad en el flujo sanguíneo, motilidad o reflejos secretores⁶⁴

Es importante mencionar que las conexiones neuro anatómicas se encuentran presentes tanto en pacientes sanos como enfermos, la diferencia radica en que el SII tiene un componente de hipersensibilidad dentro de su fisiopatología, ya que estudios realizados por: Al-Chaer, Kawasaki, Pasricha Saab, Park , Al-Chaer demuestran alteración de mecanismos de transmisión sináptica que involucran al glutamato, la Sustancia P, los receptores de N metil D aspartato y la neurokinina lo que produce sintomatología de dolor intenso, disminución del umbral y aumento en la respuesta a injuria, más allá del periodo inflamatorio o lítico, pese a esto todavía se desconoce si las señales que se transmiten hacia el SNC son aberrantes o si el cerebro interpreta de manera inadecuada a las mismas o una combinación de ambas^{15, 16}

Existen hipótesis de que el stress del sistema límbico provoca un aumento de la hormona adenocorticotropica y el cortisol causando sintomatología de SII como dismotilidad o hipersensibilidad entérica, además los mediadores inmunes IL6 e IL8 han sido involucrados en procesos dolorosos, pero se desconoce el mecanismo exacto a través del que actúan,¹⁷

Finalmente anomalías en la recaptación de serotonina en conjunto con un déficit de secreción adecuada de este neurotransmisor en la mucosa colónica se relacionan con SII subtipo estreñimiento^{17,18} mientras que en el subtipo diarrea la hiperactividad serotoninérgica conlleva a vasodilatación arteriolar y tránsito intestinal aumentado²⁰



Mayer Gastroenterology 2014

Figura 2

Modelo explicativo de la correlación intestino cerebro

1.3 Factores genéticos

Recientemente los factores genéticos han cobrado gran interés, de tal manera que, la revista española de enfermedades digestivas vincula al SII con factores genéticos, ya que en un estudio con 600 gemelos se concluyó que al menos el 58% de las diferencias individuales en la responsabilidad del desarrollo del SII podrían estar bajo control genético²¹, mientras que investigaciones conducidas por: Whitehead, Drossman indican que hasta un 33% de los pacientes presentan familiares cercanos con problemas de SII lo cual sugiere un patrón de heredabilidad²²

Tanto las disposiciones poligénicas complejas constituidas con combinaciones de variantes comunes como las anomalías monogénicas raras pueden conducir a SII. A través de análisis en 584 sujetos de estudio, se ha demostrado que la secuencia del gen SCN5A presentaba mutaciones deletéreas en un 2,2%. Esta región es responsable de codificar el canal iónico Nav1.5, el cual actúa como "marcapasos" intestinal en las células de Cajal, este ejemplo es más evidente en el SII subtipo

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

estreñimiento, al mismo tiempo polimorfismos de un solo nucleótido del gen antes mencionado afectan el riesgo de SII ²³

Nuevas investigaciones citan diversos genes relacionados directa o indirectamente con SII, la mayoría de ellos no han sido validados en estudios independientes con un adecuado número de pacientes, por lo cual se los considera como opciones más que como verdaderos factores predisponentes. Entre dichos genes tenemos a:

Gen	Locación CHR	Función	Región	Fenotipo
TNFSF15	9q32	Codifica el ligando similar a TNF 1A, el cual contribuye a la respuesta inflamatoria	Intron	SII, SII-E
			Intron y corriente arriba	SII-D
			Intron	SII- A
			Intron	SII, SII-E
TLR9	3p21.3	Activa el sistema inmune mediante el reconocimiento de patrones de ciertos microorganismos	Intron y Corriente arriba	PI-SII
			Corriente arriba	SII-D
HTR3E	3q27.1	Receptor de serotonina	3'UTR	SII-D
NPSR1	7p14.3	Receptor de neuropeptido S	Intron y polimorfismo codificante	Tiempo de tránsito intestinal e hiperalgesia
			5' cerca del gen y al inicio del gen	RAP
KLB	4p14	Co- receptor del factor de crecimiento fibroblástico 19 en la membrana del hepatocito	Polimorfismo codificante	Tránsito intestinal en

SCN5A	3p21	Canal iónico dependiente de voltaje Nav1.5,	Mutaciones de codificación rara	SII, SII-E
CDC42	1p36.1	GTPasa de la subfamilia Rho involucrada en la regulación del ciclo celular y parte de la función de barrera epitelial, a través de la diferenciación de células pluripotenciales	Intron	SII-E
KDEL2	7p22.1	Media el transporte retrogrado de proteínas en el retículo endoplasmático	Intron	SII

Tabla 2 Genes Implicados en SII

Modificada de: Henström M, D'Amato M. (2012). Genetics of irritable bowelsyndrome. Realizado por el autor

Además genes como *TNFSF15* se vinculan con la activación del sistema inmune y la relación anfitrión microorganismo ha sido validada en estudios independientes como factor de susceptibilidad de SII. En experimentos conducidos por: Zucchelli, et al, el alelo G (riesgo de padecer enfermedad de Crohn) proveniente de rs426839 en *TNFSF15* se asoció significativamente a un mayor riesgo de SII ($p = 2.2e-05$; OR 1.37) y de SII subtipo estreñimiento ($p = 8.7e-07$; OR 1.79)²⁴

Se asocian distintos polimorfismos con SII, por ejemplo: polimorfismos de un solo nucleótido de la interleucina 10 y del receptor 2^a de la hidroxitriptamina se relacionan con SII- D en mujeres²⁵, por otro lado genes relacionados con IL-6, caderina -1 y TLR-9 se han asociado con SII post infeccioso.²⁶

Actualmente el uso de endofenotipos se ha vuelto importante en el estudio de SII, debido a que la enfermedad es tan heterogénea y difícil de caracterizar. El estudio de fenotipos asociados con la enfermedad como: escala Bristol de las heces, sensibilidad visceral y tránsito intestinal ha permitido hallar genes relacionados con el comportamiento de la enfermedad de manera más eficiente²⁸.

1.4 Infecciones

Estudios de Ruigómez y García Rodríguez señalan que antecedentes de enteritis infecciosa son el factor de riesgo ambiental con mayor correlación con el SII. Infecciones por *Salmonella*, *Shigella* y *Campylobacter* y ciertos virus, han sido identificadas como gatillos del SII²⁹. Pese a esto la incidencia acumulada de SII post infecciosa es solo del 10 %³⁰ Si bien es creciente evidencia de que la infección juega un papel preponderante en pacientes con SII, es un hecho que no todos ellos tienen un

antecedente infeccioso, ni el tratamiento antibiótico es efectivo en todos los casos de SII.³¹

Neal, Hebden y Spiller consideran que varios factores como: duración de la infección, toxicidad y cepa de la bacteria, grado de inflamación de la mucosa, sexo femenino, paciente fumador, trastornos del ánimo (ansiedad y depresión) y tratamiento antibiótico durante el proceso infeccioso aumentan la posibilidad de padecer SII post infeccioso³²

1.5 Factores psicosociales y ambientales

Es escasa la evidencia que ubica a los factores psicológicos como causantes de SII, pero existen importantes investigaciones que llevan a concluir que estos factores deberían considerarse tanto en el pronóstico como en la severidad de los síntomas

Se relaciona al SII con la presencia de comorbilidades psiquiátricas con porcentajes que varían entre el 65 y el 70%^{33, 34, 35}, los desórdenes psiquiátricos más prevalentes son: depresión (46%), ansiedad generalizada (34%), desorden de pánico (31%) y somatización (26%)³⁶

Por un lado la patología psiquiátrica puede ser una manifestación del estrés producido por SII³⁷, por otra parte la severidad de la patología psiquiátrica puede exacerbar la intensidad de los síntomas de SII³⁸, lo cual conlleva un doble problema ya que deteriora la calidad de vida de los pacientes

A nivel genético se han encontrado coincidencias entre SII y las patologías psiquiátricas, así el gen SERT-P predispone a un subtipo de SII y al mismo tiempo un polimorfismo en el promotor de dicho gen está asociado a la depresión³⁹. En otro estudio se ligó al polimorfismo en el genotipo C/C en los receptores 5HT3A, se asocian tanto con ansiedad como con la severidad de los síntomas de SII⁴⁰

Ahora bien el SII también se relaciona con factores psicosociales, trastornos emocionales y estrés, como elementos presentes, en mayor o menor medida, en comparación con personas sanas.

Ciertos autores como: Estopà et al sugieren que los factores psicosociales pueden afectar al SII en términos de predisposición, precipitación de los brotes, búsqueda de los cuidados médicos y perpetuación de los síntomas⁴¹, mientras que Oshima y Miwa afirman que: el estrés puede cambiar el umbral del dolor y aumentar la sintomatología del SII, llevando a hipersensibilidad, por lo cual los médicos deben indicar cambios en el estilo de vida y cambios sociales, en muchos pacientes el acercamiento psicológico es más efectivo que la farmacoterapia y debería ser utilizado⁴²

El estrés ha sido de gran interés en pacientes con SII, ya que puede provocar presiones intraluminales colónicas que desencadenan y/o exacerban la sintomatología, en pacientes con estresores prenatales (nutrición materna deficiente), posnatales (abuso físico, sexual, emocional) o disfunción familiar y estresores psicológicos (divorcio, desempleo muerte de un familiar cercano, cambios sociales, revoluciones) puede existir

aumento de la respuesta de los circuitos centrales del estrés aumentando así la probabilidad de manifestar un trastorno funcional posterior. En un estudio cerca de 51 % de los pacientes con SII manifestaron que el estrés desencadenó la patología ⁴⁵

Parecería que la personalidad también debería tomarse en cuenta para casos de SII, pues el neuroticismo, la somatización, la catastrofización y las creencias hipocondriacas se han encontrado en niveles elevados en pacientes con SII, siendo importantes predictores de la percepción de la enfermedad. Al mismo tiempo varios pacientes presentan el rasgo de alexitimia en los test de personalidad, lo cual se asocia con severidad de la percepción de la enfermedad ⁴³

El aprendizaje social es otro factor importante en el modelo biopsicosocial de la patología. En muchos pacientes la patología coexiste con trastorno de somatización y es probable que conductas excesivas respecto a su enfermedad hayan sido transmitidas de padres a hijos. Se hipotetiza que tanto el modelamiento como el refuerzo de conductas por parte de los padres pueden ser un componente tan importante como el factor genético ⁴⁴

Por último estudios realizados por Lovell y Ford demostraron una substancial elevación en el subgrupo económico bajo 50,61% en comparación a los subgrupos económicos medio 32,92% y alto 16,46% OR 1-1,02 CI 95% dato que nos orienta a una asociación entre SII y un menor estrato económico ⁴⁶

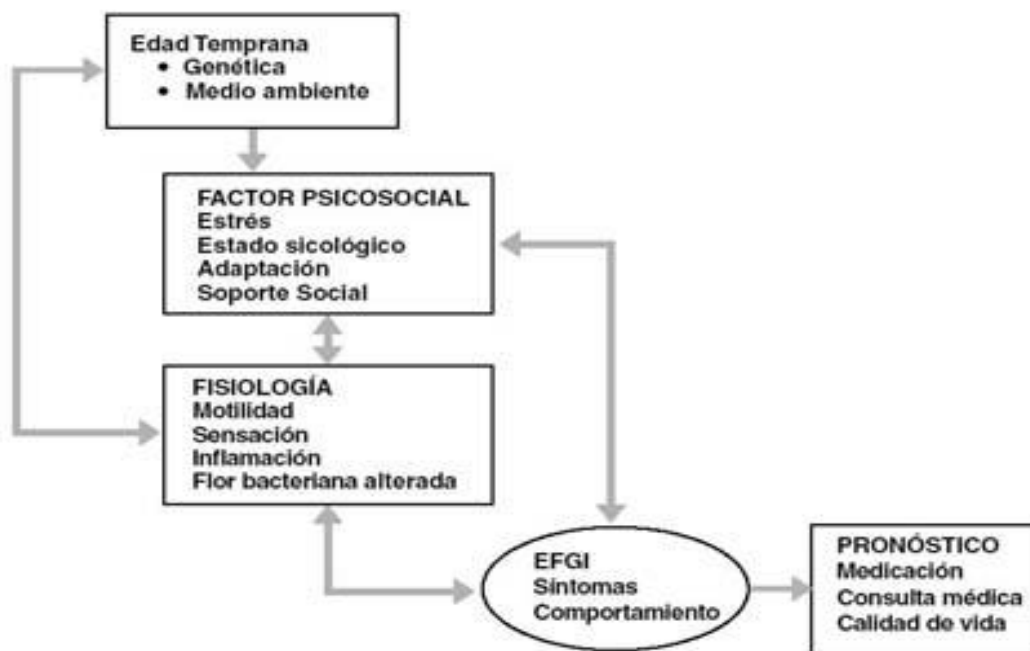


Figura 3: Modelo biosicosocial de la enfermedad funcional digestiva

Tomado de: Zolezzi, A. (2007). Las Enfermedades Funcionales Gastrointestinales y Roma III. Revista de Gastroenterología Del Perú. (N. 27)

1.6 Alcohol, IMC y Ejercicio físico

Varios estudios han reportado datos confusos, algunos reportes concluyen que el abuso de alcohol y su uso esporádico es más prevalente en pacientes con SII, mientras que otros estudios no obtuvieron dichas asociaciones, es muy poco claro si estas variables tienen o no correlación^{47, 48, 49}

Evidencia de nivel C2 (débil respecto a la intervención) ha demostrado un efecto positivo del ejercicio físico (20-60 min, 3-5 veces por semana) en la calificación de gravedad sintomatológica en comparación a los controles. Esta mejoría persiste ya que 5.2 años después de la intervención los pacientes que realizaban actividad física mantuvieron scores más bajos de percepción del dolor⁵⁰

Como parte del estudio de cohorte del milenio se halló que no existe un riesgo aumentado entre IMC elevado (OR 0,69 CI 0,54-0,87 en sobrepeso y OR 0,64 CI 0,4-1,02 en obesidad) ni en consumo de alcohol (OR 0,78 CI 0,61-1,00 en consumo de alcohol moderado y OR 0,68 CI 0,47-0,98 en consumo de alcohol elevado) para SII en cualquiera de sus subtipos⁵¹

1.7 Factores dietéticos

También se relaciona al SII con factores aun no probados: elementos dietéticos, los cuales no son factores causales sino más bien desencadenantes de los síntomas, pese a la importancia que puede llegar a tener este factor, es muy complicado determinar cuales factores dietéticos afectan a los pacientes con SII pues se debería llevar a cabo estudios individualizados

Pese a esto, estudios doble ciego realizados por Jones et al y Farah, et al han demostrado que ciertos alimentos son los más frecuentes encausar exacerbaciones en la sintomatología de SII, el trigo, maíz, lácteos, cítricos, productos con cafeína, frutas granos y huevos^{52,53}, por lo cual se ha demostrado que dietas limitadas en lactosa, fructosa y sorbitol pueden ser beneficiosas para ciertos pacientes⁵⁴

Los hidratos de carbono de cadena corta (FODMAP), como la fructosa y la lactosa, fructo y galacto oligosacáridos, como fructanos y galactanos, y alcoholes polihídricos, como sorbitol y manitol son pobremente absorbidos en el intestino delgado, llegan al colon y son fermentados produciendo gas y distensión, en especial en pacientes con SII, por lo cual la dieta baja en FODMAP ha demostrado en estudios recientes su eficacia para el tratamiento de pacientes con SII.⁵⁵

Para Camilleri, et al existen factores a tomarse en cuenta dentro del SII como la microbiota intestinal y los productos procedentes de sus metabolitos (forma en que estos afectan en la permeabilidad), además de la función inmune y sensibilidad de la mucosa⁵⁶

En cuanto al consumo de fibra se refiere, investigaciones demostraron un claro beneficio por parte de pacientes que consumían fibra soluble en comparación a salvado de trigo en su dieta al presentar SII⁵⁷

Se mencionan además otras alergias alimentarias, variaciones de péptidos digestivos, y ácidos biliares como el ácido deoxicólico, aumento de consumo de lípidos en la dieta estos factores no cuentan con evidencia suficiente para relacionarlos directamente con SII pero son elementos promisorios

1.8 Síntomas

Las manifestaciones clínicas del SII son muy variadas y heterogéneas, pero existen síntomas característicos como el dolor o malestar abdominal que alivia con la defecación y cambios en el ritmo intestinal (diarrea o estreñimiento). Habitualmente el dolor se describe como tipo cólico con localización hipogástrica y mesogástrica, no es poco habitual que su localización sea difusa, Por lo general el dolor no es permanente ni excesivamente intenso, por lo que los pacientes pueden sobrellevarlo y seguir adelante con sus actividades diarias⁴

Los pacientes que presentan diarrea refieren un espectro de heces entre blandas, semilíquidas y acuosas, normalmente entre 3-5 deposiciones en el día, con frecuencia se acompaña de urgencia defecatoria ejemplificado en situaciones de estrés o posterior a la alimentación, ya que en estos momentos la actividad motora del colon es mayor. En el caso de estreñimiento existe esfuerzo deposicional, sensación defecatoria incompleta, el ritmo defecatorio es altamente variable y va entre una vez cada dos días, hasta una cada cinco días, síntomas como distensión abdominal y flatulencias son altamente frecuentes en este subgrupo. Pueden existir pacientes que varían entre los síntomas diarreicos y de estreñimiento, en este subtipo la sintomatología adicional es variable⁵⁸

Es importante mencionar que la evolución de los pacientes es altamente variable, en varios casos la medicación y los cambios dietéticos y de estilo de vida logran una remisión sintomatológica completa, en otros casos el ritmo deposicional varía logrando que pacientes categorizados previamente como subtipo diarrea pueden evolucionar a subtipos mixto o estreñimiento por lo cual la categorización de esta patología termina temporal⁵⁸

1.9 Diagnóstico.

Actualmente se utilizan los criterios Roma III el cual mantiene criterios anteriores pero procura ordenar y aclarar el panorama con cambios en las categorías y criterios. El proceso de diagnóstico es más simple, las preguntas claras y fáciles de aplicar, pero los criterios son más estrictos, y no tienen en cuenta exámenes complementarios

CRITERIOS DE ROMA III - 2006

Dolor o malestar abdominal recurrente por lo menos 3 días por mes en los

últimos 3 meses asociado a 2 o más de los siguientes síntomas:

- Mejora con la defecación
- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Comienzo asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces

Estos criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y las molestias haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Tabla 3 – Criterios de diagnóstico

Tomado de (World Gastroenterology Organization, 2009) Realizado por el autor

1.10 Subtipos

El Síndrome de Intestino Irritable se clasifica de acuerdo con los síntomas que se presentan. De manera general se han establecido cuatro tipos

- Síndrome de colon irritable con predominio de episodios de estreñimiento (SII E). En el SII con predominio de estreñimiento se presentan menos de 3 deposiciones a la semana, éstas por lo general son duras y el paciente debe hacer mucho esfuerzo para la defecación. Puede presentar distensión abdominal.¹³
- Síndrome de colon irritable con predominio de episodios de diarrea (SII-D). Se considera del tipo diarreico cuando existen 3 o más deposiciones diarias con características líquidas o semilíquidas. En estos casos el paciente registra urgencia defecadora, a veces acompañada de dolor abdominal o mucorrea.¹³
- Síndrome de colon irritable mixto, con episodios alternantes: diarreicos – estreñimiento (SII-A): En SII alternante es muy frecuente ya que los pacientes pasan de un tipo a otro.¹³
- El cuarto, llamado también un tipo adicional es el SII inclasificable o indefinido: porque las alteraciones en la consistencia de las heces no permiten incluirlo en cualquiera los grupos anteriores¹³

1.11 Calidad de vida

Es subjetivo calificar la calidad de vida de una persona con cualquier enfermedad, por las numerosas variables que involucra ese concepto y las particularidades de cada individuo, sin embargo la salud es un elemento fundamental para esa calidad, por lo que, quien padece una enfermedad crónica como el SII, sin duda tendrá efectos negativos en lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud. (CVRS).⁴¹

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

El SII es altamente frustrante para los pacientes e incluso para los médicos, pues su fisiopatología y sus factores de riesgo no han sido dilucidados del todo; se trata de una enfermedad crónica, que causa importantes gastos en el sistema de salud y empeora la calidad de vida, además la terapéutica es complicada pues no se puede utilizar un esquema estándar para todos.

Las repercusiones derivadas del SII son diversas, por lo que se han creado instrumentos para medir la calidad de vida de los individuos afectados con el síndrome. Estos cuestionarios genéricos y específicos que evalúan el impacto del SII en la condición física, y social del individuo han sido aplicados en diversos estudios, los cuales revelan que son importantes los efectos físicos, emocionales, sociales y económicos derivados de este síndrome, en algunos casos limitan el disfrute de las cosas cotidianas, alteran el estado de ánimo y el humor, las actividades diarias, todo lo cual afecta su vida personal, familiar y social⁴¹.

Por todo lo señalado es de vital importancia estudiar cada uno de estos aspectos, para determinar de manera adecuada los factores de riesgo involucrados en este síndrome y si estos son modificables o no. Lastimosamente el análisis de estos datos no es costo efectivo de manera individual por lo que este estudio espera alentar a sistemas de salud de mayor volumen a realizar investigaciones de esta índole.

CAPÍTULO II

2. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LOS PACIENTES DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO

2.1 El Hospital San Francisco de Quito

Desde diciembre de 2011, se encuentra operando el Hospital San Francisco de Quito, ubicado en el extremo norte de Quito, en la avenida Jaime Roldós Aguilera y Mercedes González, en el sector de la urbanización Carcelén. La edificación tiene cuatro pisos, se levanta en 26. 000 metros cuadrados y dispone hasta de un helipuerto.

Esta casa de salud, dependiente del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social cuenta con médicos en las más diversas especialidades, modernos quirófanos y consultorios, a donde concurren a diario centenares de pacientes, para atenderse de sus dolencias.

Transcurridos cuatro años desde que empezó a funcionar el hospital ha dinamizado y ampliado su gestión, incorporando nuevas especialidades que en la actualidad son las siguientes: anestesiología, cardiología, cirugía general, cirugía vascular, dermatología, endocrinología, gastroenterología, ginecología, medicina familiar, medicina interna, neonatología, neumología, neurología, nutrición, oftalmología, ORL, pediatría, psicología, traumatología y urología

2.2 Servicio de Gastroenterología

El Servicio de Gastroenterología atiende diariamente a decenas de pacientes, reflejando la complejidad y recurrencia de las enfermedades gastrointestinales, dentro de las cuales se encuentra el síndrome de intestino irritable, patología cada vez más frecuente, que requiere una comprensión integral de los distintos aspectos inmersos en ella. Esta la razón por la que se planteó la realización del presente estudio, el cual partirá del modelo integrado bio psico social que considera que la enfermedad es producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. A través del análisis de una temática tan compleja se logrará un mayor conocimiento de una dolencia como el SII, que afecta a un número cada vez más creciente de la población ecuatoriana.

2.3 Tema

Análisis de los factores de riesgo, bio-psico sociales, presentes en pacientes con síndrome de intestino irritable: tipo diarrea, estreñimiento, mixto e indefinido, en el Hospital San Francisco de Quito

2.4 Planteamiento del problema

¿Son semejantes o diferentes los factores de riesgo bio psico sociales (edad, sexo, peso, talla, antecedentes familiares, hábitos, estrato económico, relación familiar, educación, concurrencia de patología psiquiátrica...) en pacientes que presentan diferentes subtipos de síndrome de intestino irritable?

2.5 Hipótesis

- Los 189 pacientes (muestra seleccionada) del hospital San Francisco de Quito, con síndrome de intestino irritable, presentan diferencias en cuanto a niveles de estrés, conflictos familiares o laborales, problemas económicos, dificultades personales, cambios de hábitos, entre otros.
- Existe relación entre el síndrome de intestino irritable de los 189 pacientes (muestra seleccionada) del hospital San Francisco de Quito con el nivel socio económico y con patología psiquiátrica.
- Existen diferencias en los factores de riesgo que presentan pacientes los 189 pacientes con SII (muestra seleccionada) del hospital San Francisco de Quito con estreñimiento, diarrea, patrón mixto e indefinido.

2.6 Objetivos

2.6.1 Objetivo general

Conocer los factores de riesgo bio psico sociales que inciden en los pacientes de síndrome de intestino irritable del Hospital San Francisco, de los tipos diarrea, estreñimiento, mixto e indefinido.

2.6.2 Objetivos específicos

- Identificar el entorno social, educativo y familiar de los pacientes con síndrome de intestino irritable, que se atienden en el servicio de Gastroenterología del Hospital San Francisco.
- Analizar las condiciones de vida de los pacientes que presentan síndrome de intestino irritable, en sus distintos subtipos: diarrea, estreñimiento, mixto e indefinido.
- Establecer las semejanzas y diferencias entre los factores de riesgo objeto de análisis

2.7 Materiales y métodos de estudio

Antes de la selección de la muestra se observaron los siguientes pasos:

- Solicitud y coordinación con las autoridades del centro hospitalario, a fin de lograr la autorización requerida para la realización del presente trabajo de investigación

- Coordinación con los médicos de gastroenterología, con el propósito de revisar las historias clínicas de los pacientes de ese servicio y, seleccionar aquellos que presentan síndrome de colon irritable e identificar el tipo de SII al que corresponde su dolencia
- Solicitud y coordinación con las autoridades del subcomité de bioética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a fin de lograr la autorización requerida para la aplicación de la presente encuesta

2.8 Universo

El universo muestral estuvo constituido por los 331 pacientes atendidos en el Hospital San Francisco de Quito, durante el período enero agosto de 2015, los datos se obtuvieron a través del Departamento de Epidemiología donde se observaron todos los registros de consulta externa y se eligieron los registros donde el facultativo marcó, en el casillero de diagnóstico definitivo con síndrome de intestino irritable.

Tomando en cuenta la base de datos del hospital se revisaron todas las historias clínicas para determinar los pacientes que cumplían con el protocolo de estudio y quienes podían participar en el mismo, de acuerdo con los siguientes criterios.

2.8.1 Criterios de inclusión

- Ser mayor de 18 años
- Capacidad de firmar el consentimiento informado
- Haber sido diagnosticado con síndrome de intestino irritable (criterios ROMAIII)
- Caracterización demostrable de un subtipo específico de SII

2.8.2 Criterios de exclusión

- Incapacidad para dar su consentimiento informado
- Pacientes que no presentaban una clara definición del tipo de SII.

2.9 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue calculado mediante la fórmula más extendida para estudios de una sola población y variables cuantitativas continuas.

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N - 1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la población o universo (número de posibles encuestados)

σ = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0,5.

Z = Valor constante que depende de los niveles de confianza. En el caso del presente estudio se tomó el más usual en relación al 95% de confianza equivale a 1,96 (como más usual) o en relación al 99% de confianza equivale 2,58, valor que queda a criterio del investigador.

e = Límite aceptable de error muestral que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor que varía entre el 1% (0,01) y 9% (0,09), valor que queda a criterio del encuestador

El valor resultante, tras la aplicación de la fórmula, fue de 189 pacientes, a quienes fueron aplicadas las respectivas encuestas.

2.9.1 Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada una de las personas que cumplieron con los criterios de selección establecidos y participaron en el estudio

2.9.2 Tipo de muestreo

Se empleó el muestreo probabilístico, mediante sorteo aleatorio simple a través de una lista de números aleatorios generados en Excel.

2.10 Métodos y técnicas

El presente trabajo comprende varios métodos de investigación, como el analítico, observacional transversal, de casos y controles

La investigación tipo encuesta es un estudio analítico, transversal, toda vez que se centra en la recolección de datos, que permitan analizar la exposición de un hecho en un momento específico,

Para la aplicación de la encuesta se observaron los siguientes pasos:

- Contacto directo, vía telefónica o personalmente con los pacientes que integraron la muestra, con el fin de informarles acerca del estudio, la importancia de su participación y la necesidad de que colaboren con él y, en el caso de aceptar voluntariamente, firmen una hoja de consentimiento informado (Anexo 1)
- Aplicación de las encuestas (Anexo 2) en forma personalizada, en el hospital, en el domicilio o mediante vía telefónica.
-

2.10.1 La encuesta

El cuestionario tipo encuesta que se aplicó a los pacientes con SII, fue elaborado por el investigador y estuvo integrado por diversos ítems relacionados con temas bio, psico sociales, que podrían estar presentes en la patología, de acuerdo con las variables previamente establecidas.

La primera parte de la encuesta comprende preguntas abiertas y cerradas referentes a datos personales, mientras que la segunda parte la integraron 14 preguntas de base estructurada, con 5 opciones de respuesta cada una, la escala de estrés percibido: Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor. En su versión española, la cual es libre para su uso.

Con la primera parte de la encuesta se obtuvo información sobre la edad, sexo, trabajo estable del paciente en la actualidad, casa propia, edad de inicio de la enfermedad, y nivel de educación, ítems que no registraron mayor dificultad toda vez que la respuesta es cerrada.

En cuanto al peso y a la talla se revisaron las historias clínicas para el cálculo del índice de masa corporal mediante la fórmula $IMC = \text{Peso kg} / \text{Talla cm}^2$

Con respecto a la historia familiar de la patología, en caso de ser afirmativa la respuesta, se solicitó se ubique al familiar más cercano que también se vio afectado por el SII.

La variable relativa a hábitos como el alcohol o el tabaco no solo se refirió a la actualidad, sino a su consumo regular en los últimos cinco años, o si están o estuvieron en contacto con fumadores pasivos.

Las preguntas referentes a estrato económico, relación con su familia, alergias alimentarias y tiempo dedicado a la ingesta de alimentos fueron de carácter subjetivo ya que no se encontraron marcadores adecuados para el estudio de las mismas

Con relación al padecimiento de alguna enfermedad psiquiátrica (depresión, ansiedad, desorden de pánico, somatización), se dejó en claro que ésta tenía que haber sido diagnosticada por un médico, por lo que la respuesta no podía estar sujeta a la percepción del paciente.

Para lograr respuestas acordes con la realidad en el tema relacionado con factores dietéticos se explicó a los entrevistados lo que significa una dieta rica en carbohidratos o en grasas. Tomando como base una dieta mediterránea, se procedió de la misma manera en el caso de la fibra y agua donde se explicó el consumo ideal de agua por persona por día

Sobre el consumo de medicamentos se aclaró que la información que se proporcione debía referirse a los fármacos que ingieren actualmente, en forma regular.

2.11 Análisis estadístico

Fueron analizados todos los elementos antes mencionados, estableciéndose comparaciones entre los diferentes subtipos de SII. Las variables cuantitativas se expresaron mediante medidas de tendencia central, las comparaciones intergrupales de las variables cualitativas se realizaron mediante el test de chi cuadrado. Se utilizó un modelo de regresión logística para determinar la independencia entre los factores de riesgo y el SII; valores de P menores que 0,05 fueron considerados como estadísticamente significativos

Se utilizó como programa base EPI INFO 7 (Centers for Disease Control Atlanta Georgia)

3. Resultados

3.1 Base de datos

Del total de pacientes seleccionados para el estudio se consideraron a todos los registrados en la base de datos del HSFQ, a fin de determinar si eran o no idóneos para participar dentro del presente estudio. Los resultados hallados durante este escrutinio se detallan a continuación, pero antes es importante determinar que el acápite sin diagnóstico se refiere a fallas en la base de datos ya que el paciente no presenta tal característica, el acápite diagnóstico presuntivo incluye a pacientes que no cumplen con criterios en la escala ROMA III o presentan la imposibilidad de caracterizarles dentro de un subtipo, mientras que los pacientes excluidos son aquellos que no cumplieron con uno o varios de los criterios de inclusión (16) o aquellos que se negaron a ser parte de este estudio (4). En total se analizaron 189 encuestas

Sexo	Total
Masculino	76
Femenino	255
Total	331

División de pacientes	Valor
Subtipo diarrea	73
Subtipo estreñimiento	101
Subtipo mixto	51
Subtipo indefinido	47
Sin diagnóstico	5
Diagnóstico presuntivo	20
Repetido en base de datos	14
Excluidos	20
Total	331

3.2 Características clínicas de los pacientes

Las tablas 2, 3, 4 resumen sistemáticamente los resultados del presente estudio, además se incluyen en los anexos las tablas originales de resultados. A continuación se analizan algunas características de los pacientes dentro de los diferentes subtipos. Los resultados muestran que los pacientes con el subtipo mixto e indefinido fueron menores que el resto, en cuanto a la caracterización del subgrupo etéreo, la mayoría de pacientes se encuentra entre los 36- 64 años; el subtipo diarrea concentró un buen porcentaje de mayores de 65 años. El sexo femenino predomina en todos los subtipos y en cuanto al índice de masa corporal los subtipos estreñimiento e indefinido presentaron mayor mediana

La edad de inicio de enfermedad fue un dato que llamó la atención debido a que la media de enfermedades variaba entre los 45 y 50 años según el subtipo siendo los extremos tan pequeños como 9 años SII-M, y tan grandes como 77 años SII-D.

La variable historia familiar se mantuvo constante entre todos los subtipos oscilando entre 11 y 17 casos, siendo ambos padres los familiares más afectados de esta patología. En cuanto a los hábitos perniciosos se encuentra que el consumo de alcohol es el más representativo en los subtipos menos frecuentes, mientras que el consumo de tabaco fue llamativamente importante en el subtipo mixto. En caso del ejercicio físico los pacientes con el subtipo diarrea fueron aquellos que más actividad realizan con un 29,69% mientras que el subtipo indefinido fue el que menos ejercicio realiza con 12,5%.

Dentro de las variables sociales encontramos que la mayoría de subtipos tiene similar cantidad de individuos con casa propia y aquellos que arriendan, exceptuando en el subtipo estreñimiento en donde los propietarios superaban casi con el doble a los arrendatarios. El estrato económico fue ampliamente dominado por el nivel medio, siendo el estrato bajo la segunda opción y el estrato alto solo fue escogido en dos oportunidades. En cuanto a educación se refiere tanto la educación secundaria como la primaria muestran resultados bastante similares, no obstante lo cual la primera es ligeramente mayor en todos los subtipos, en todo caso, el subgrupo estreñimiento fue el que mayor número de pacientes con instrucción superior tuvo.

Otras variables estudiadas fueron la relación familiar, la presencia o ausencia de un trabajo estable y las redes de apoyo familiares. En el primer ítem encontramos un claro dominio de la categoría relación familiar adecuada, más notorio en el subtipo estreñimiento, mientras que la variable relación regular fue la segunda en la lista, siendo mayoritaria en el subtipo diarrea; tanto las variables excelente como mala fueron escogidas esporádicamente. El segundo ítem demostró una dicotomía en el análisis pues mientras que en SII-D y SII.C el desempleo era mayor, en los otros dos subtipos se demostró lo contrario. Por último el tercer ítem señala que la mayoría de pacientes percibe que sus redes de apoyo son adecuadas sin importar el subtipo.

Los factores alimentarios fueron estudiados en tres aspectos: carbohidratos, grasas, fibra y agua; los datos obtenidos revelan que el consumo de carbohidratos en la dieta fue masivo en todos los subtipos variando entre el 64 y 79%, mientras que tanto la grasa como la fibra y el agua fueron consumidos moderadamente en los diferentes subtipos con ciertas diferencias, en cuanto a grasa se refiere el subtipo estreñimiento e

indefinido tuvieron el mayor consumo de la misma con 50% cada uno, en lo que corresponde a la fibra los diferentes subtipos consumidores están entre el 33 y 40% , notándose que el subtipo estreñimiento es el que menos la consume.

Las variables trauma en la infancia y presencia de enfermedad psiquiátrica tuvieron resultados bastante similares siendo el subtipo diarrea el dominador de las estadísticas con el 37% en ambas características, estreñimiento con 29 y 32% respectivamente, el subtipo mixto con 35% para ambas características y el subtipo indefinido con 29 y 37,5 respectivamente.

Los pacientes sujeto de estudio fueron indagados también respecto a los medicamentos que actualmente ingieren y, pese a que la gran mayoría de pacientes toman múltiples drogas en su día a día, solo se encontraron 5 casos en los que se encuentran en tratamiento con fármacos que podrían aumentar la sintomatología, 3 con fluoxetina, correspondientes todos ellos al subtipo mixto y 2 con amoxicilina como tratamiento erradicador, uno en el subtipo diarrea y otro en el subtipo estreñimiento.

Una de las variables que registra una puntuación especialmente baja en la encuesta fue la alergia alimentaria, ítem que varía entre el 12 y 28%, siendo el estreñimiento el que lleva el mayor porcentaje, la mayoría de pacientes expresó alergia a la lactosa o al gluten, hay que precisar sin embargo, la mayoría de alergias son auto diagnosticadas y sin tratamiento específico.

Por último encontramos la escala de estrés percibido y el tiempo dedicado a comer, para la primera medida se categorizo al estrés en alto, medio y bajo. Los resultados revelan que el estrato medio fue el dominante por amplia diferencia, interesantemente los extremos de estrés fueron más amplios porcentualmente en el subtipo indefinido. En cuanto a la variable de tiempo dedicado a comer fue muy regular en los distintos subtipos siendo la mediana 20 minutos en todos.

Los análisis de odds ratio (Tabla 3) y odds ratio ajustado (Tabla 4) encontraron correlación entre el subtipo diarrea y la variable redes de apoyo suficiente (OR =0,46 95% CI= 0,23-0,92 (p= 0,02) de manera negativa, mientras que en el subtipo estreñimiento se asoció la misma variable (OR =2,05 95% CI= 0,98-4,29) (p= 0,05) de manera positiva

En cuanto al subtipo mixto la variable alcohol presentó correlación positiva (OR =2,41 95% CI= 0,94-6,15) (p= 0,06). Por último en el subtipo indefinido la variable ejercicio físico presentó una correlación negativa (OR =0,28 95% CI= 0,07-1,14) (p= 0,07) y la variable tabaco una correlación positiva (OR =3,24 95% CI= 1,11-9,44) (p= 0,03)

TABLA 2
Marcadores porcentuales de variables estudiadas por subtipo

Variable	Diarrea	Estreñimiento	Mixto	Indefinido
Sexo	67,19 F-32,18Ma%	70,69 F-20,31Ma%	72,97 F-27,03Ma%	70,83 F-29,17Ma%
IMC*	26,46	27,62	26,17	28,81
Edad*	58,50	52,50	52	52
Inicio de enfermedad*	50	45	45	44
Residencia	73,13U-21,88R%	82,81U-17,19R%	81,08U-18,92R%	79,17U-20,83R%
Historia familiar de la patología	25%	26,56%	35,14%	45,83%
Trabajo estable	45,31%	42,19%	51,53%	58,36%
Alcohol	21,88%	17,19%	25%	22,22%
Tabaco	29,69%	23,44%	21,62%	45,83%
Ejercicio físico	29,69%	23,44%	29,73%	12,50%
Casa propia	46,88%	65,63%	54,05%	41,67%
Estrato económico	34,38B-65,63Me-0A%	18,75B-78,13Me-3,13A%	10,81B-89,19Me-0A%	20,83B-79,19Me-0A%
Educación	50P-46,88S-3,13Un%	42,19P-46,88S-10,94Un%	32,43P-54,05S-13,51Un%	33,33P-54,17S-12,5Un%
Redes de apoyo	50%	70,31%	62,16%	62,5%
Carbohidratos	75%	76,56%	64,86%	79,17%
Grasas	37,5%	50%	40,54%	50%
Fibra y agua	40,63%	37,5%	37,84%	33,33%
Trauma en infancia	37,5%	29,69%	35,14%	29,17%
Enf. psiquiátrica	37,5%	32,81%	35,14%	37,5%
Alergia alimentaria	20,31%	28,13%	27,03%	12,5%
Medicación actual	87,5%	87,5%	83,78%	79,17%

*Mediana, F: Femenino, Ma: Masculino, U: Urbano, R: Rural, B: Bajo, Me: Medio, A: Alto, P: Primaria, S: Secundaria, Un: Universidad

TABLA 3

OR para marcadores de SII por subtipo

Variable	Diarrea n=64	Estreñimiento n=64	Mixto n=37	Indefinido n=24
Historia familiar de la patología	0,68 (0,34-1,34)	0,76 (0,39-1,50)	1,32 (0,62-2,84)	2,18 (0,91-5,23)
Trabajo estable	0,89 (0,49-1,64)	0,74 (0,40-1,36)	1,23 (0,60-2,53)	1,68 (0,70-3,99)
Alcohol	0,97 (0,46-2,0)	0,62 (0,29-1,35)	1,65 (0,63-3,7)	1,19 (0,64-3,23)
Tabaco	1,13 (0,58-2,19)	0,70 (0,35-1,40)	0,65 (0,27-1,54)	2,47(1,03-5,95)
Ejercicio físico	1,39 (0,70-2,75)	0,85 (0,42-1,72)	1,31 (0,59-2,91)	0,38 (0,10-1,33)
Casa propia	0,64 (0,35-1,19)	2,06 (1,10-3,85)	1 (0,48-2,06)	0,56 (0,23-1,34)
Carbohidratos	1,07 (0,53-2,14)	1,22 (0,60-2,45)	0,57 (0,26-1,23)	1,38 (0,48-3,92)
Grasas	0,67 (0,36-1,24)	1,45 (0,79-2,66)	0,84 (0,46-1,74)	1,32 (0,56-3,12)
Fibra y agua	1,17 (0,63-2,17)	0,96 (0,50-1,79)	0,98 (0,47-2,06)	0,78 (0,31-1,94)
Trauma en infancia	1,32 (0,70-2,48)	0,77 (0,40-1,48)	1,10 (0,51-2,35)	0,80 (0,31-2,04)
Enf psiquiátrica	1,14 (0,61-2,14)	0,83 (0,44—1,88)	0,98(0,46-2,08)	1,10(0,45-2,68)
Alergia alimentaria	0,77 (0,37-1,60)	1,49 (0,74-2,98)	1,28 (0,56-2,91)	0,43 (0,12-1,52)
Medicación actual	1,25 (0,51-3,04)	1,25 (0,51-3,04)	0,82 (0,30-2,22)	0,58 (0,19-1,72)
Redes de apoyo	0,5 (0,27-0,93)	1,86 (0,97-3,53)	1,07 (0,51-2,24)	1,08 (0,44-2,62)

TABLA 4

OR corregido para marcadores de SII por subtipo

Variable	Diarrea	Estreñimiento	Mixto	Indefinido
Escala de estrés	0,90 (0,50-1,64)	1,01 (0,57-1,80)	1,10 (0,56-2,18)	1,03 (0,46-2,30)
Relación familiar	1,47 (0,86-2,54)	0,6 (0,38-1,14)	0,81 (0,42-1,55)	1,37 (0,66-2,83)
Edad	1,01 (0,99-1,03)	1,0 (0,97-1,02)	0,97 (0,95-1)	0,99 (0,96-1,02)
Inicio de enfermedad	1,02 (1-1,04)	1,0 (0,97-1,02)	0,97 (0,94-1)	0,97 (0,95-1,02)
Residencia	1,24 (0,76-2,75)	0,85 (0,37-1,97)	0,94 (0,36-2,45)	0,95 (0,30-2,99)
Escala IMC	0,7(0,49-0,99)	1,35 (0,97-1,87)	0,98 (0,66-1,45)	1,07 (0,68-1,70)
Trabajo estable	0,80 (0,41-1,56)	0,82 (0,42-1,60)	1,22 (0,56-2,65)	1,68 (0,65-4,37)
Alcohol	0,98 (0,42-2,28)	0,63 (0,26-1,5)	2,41 (0,94-6,15)	0,52 (0,15-1,77)
Tabaco	1,35 (0,63-2,89)	0,70 (0,34-1,54)	0,46 (0,17-1,22)	3,24(1,11-9,44)
Ejercicio físico	1,57 (0,75-3,28)	0,71 (0,33-1,54)	1,50 (0,63-3,54)	0,28 (0,07-1,14)
Casa propia	0,73(0,38-1,42)	1,75(0,89-3,42)	1,06(0,48-2,32)	0,57(0,22-1,52)
Estrato económico	0,37 (0,12-0,74)	1,65 (0,79-3,42)	2,24(0,86-5,8)	1,05 (0,39-2,83)
Educación	0,72 (0,42-1,24)	0,88 (0,52-1,47)	1,28 (0,70-2,34)	1,52 (0,73-3,15)
Redes de apoyo	0,46 (0,23-0,92)	2,05(0,98-4,29)	1,10 (0,48-2,52)	1,03 (0,36-2,91)
Carbohidratos	1,14 (0,53-2,42)	1,20(0,56-2,57)	0,57 (0,25-1,32)	0,99 (0,31-3,12)
Grasas	0,62 (0,32-1,23)	1,34 (0,69-2,61)	1,06 (0,47-2,35)	1,46 (0,55-3,87)
Fibra y agua	1,05 (0,54-2,06)	0,92 (0,46-1,83)	0,95 (0,42-2,12)	0,96 (0,36-2,54)
Trauma en infancia	1,20 (0,59-2,41)	0,84 (0,40-1,73)	1,15 (0,49-2,68)	0,74(0,26-2,13)
Enf psiquiátrica	0,82 (0,39-1,70)	1,04 (0,49-2,19)	1,17 (0,49-3,79)	1,16 (0,41-3,27)
Alergia alimentaria	0,65 (0,30-1,42)	1,84 (0,86-3,94)	1,28 (0,53-3,07)	0,35 (0,08-1,41)

4. DISCUSIÓN

La presente investigación encontró interesantes similitudes entre los pacientes sujeto de estudio y más allá de los planteamientos presentados en la encuesta se observó que la gran mayoría de los pacientes desconocía aspectos fundamentales de su patología, factores que intervienen en el aumento o disminución de dolor e incluso muchos de ellos no tenían claro si presentaban o no la patología. Adicionalmente, la gran mayoría mostró interés en conocer más acerca de este tema y de saber si los ítems sujeto de estudio se relacionaban o no con dicha patología. En cuanto a las preguntas del cuestionario se determinó lo siguiente:

4.1 Sexo y edad

Podemos concluir que el sexo femenino domina ampliamente esta patología en todos los subtipos, información que concuerda con estudios que indican que la prevalencia de SII suele ser entre 1,5 y 3 veces mayor en hombres que en mujeres⁵⁹

En referencia a la edad encontramos representativo el hecho de que la generalidad de pacientes tanto la mediana (55 años) y la moda (65 años) son extremadamente elevadas para una patología en la que según estudios el 50% de sus pacientes presenta sintomatología previa a los 35 años², Al mismo tiempo la edad de inicio de la enfermedad en estos pacientes fue de 45 años (mediana en todos los subtipos) siendo 50 años la moda, pero llegando a valores tan altos como 77 años. Todo esto revela una detección tardía comparada con estudios internacionales^{2, 4, 65}, además de una demora en el paciente en reconocer los síntomas y acudir al facultativo.

Por otro lado se realizó una regresión logística comparando los diferentes subtipos de SII con la edad, la que determinó un odds muy cercano a uno, dato que nos lleva a concluir que el aumento de un año de edad no impacta significativamente en el desarrollo de la patología

4.2 IMC

Según Sadik, Bjornsson, Simrem, el peso corporal puede llegar a ser trascendente en cuanto a cantidad de síntomas en pacientes con SII⁶⁰, en nuestro estudio observamos que el sobrepeso y la obesidad son muy representativos en pacientes con SII, (mediana 26 IMC); pese a esto nuestro análisis no asocia de manera significativa el aumento de peso con ninguno de los subtipos de SII (Gráficos 3, 4, 5,6)

Se procuró analizar de otra manera este indicador para lo cual se consideró al IMC en sus distintas categorías y se condujo una regresión logística, la misma que encontró que cada aumento de categoría en el IMC (OR =0,70 95% CI= 0,43-0,99) fue asociado significativamente (p= 0,04) con un OR disminuido para el subtipo diarrea, mientras que cada aumento de categoría en el IMC (OR =1,35 95% CI= 0,97-1,87) fue asociado (p= 0,06) con un OR aumentado para el subtipo estreñimiento

Mediante los análisis estadísticos propuestos anteriormente concluimos que existe una correlación importante entre IMC y SII, pese a que no existe asociación

estadísticamente significativa, clínicamente se observa un predominio de IMC con tendencia al sobrepeso y obesidad por lo cual un aumento del tamaño muestral podría demostrar una correlación

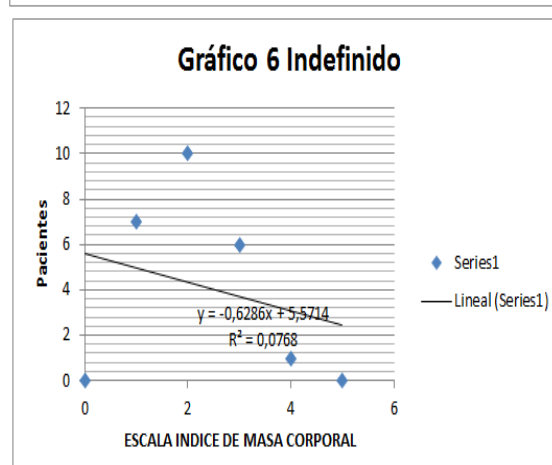
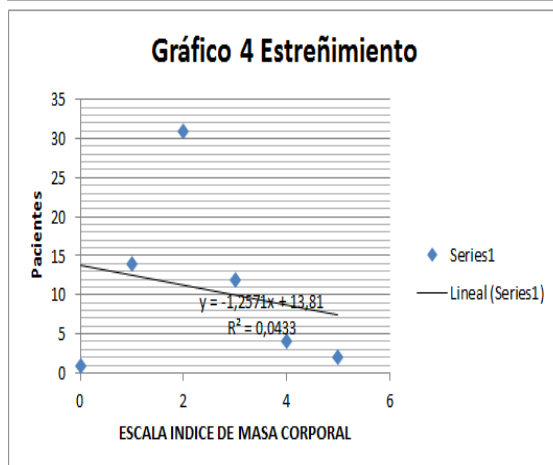
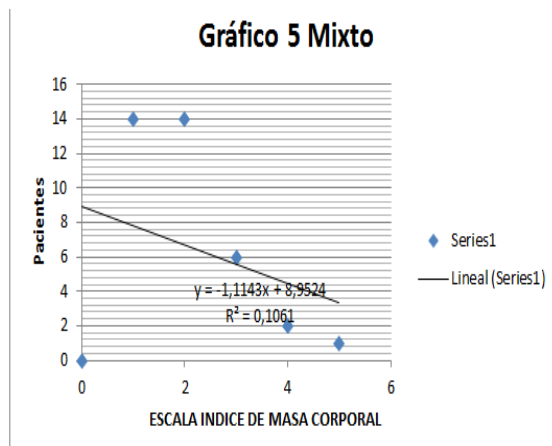
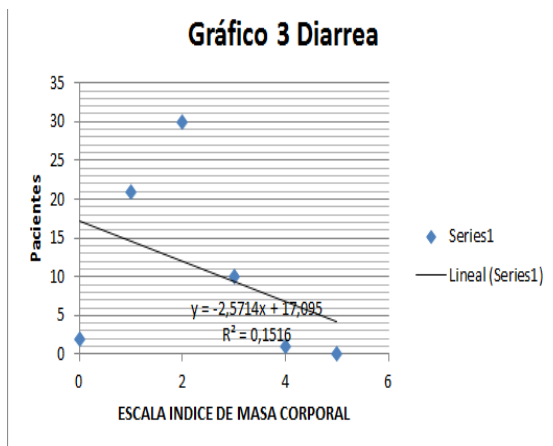
GRAFICOS. 3-6

Regresión Lineal.- Escala IMC en relación a subtipo

Crosstab variable: SUBTIPO
Include missing: False

ESCALAIMC * SUBTIPO					
ESCALAIMC	0	1	2	3	TOTAL
0	2	1	0	0	3
1	21	14	14	7	56
2	30	31	14	10	85
3	10	12	6	6	34
4	1	4	2	1	8
5	0	2	1	0	3
TOTAL	64	64	37	24	189

Chi-square	df	Probability
10,376	15	0,7954



4.3 Hábitos perniciosos

La posición del cigarrillo es ampliamente debatida en cuanto al SII, autores como Locke, Zinsmeister, Talley, Fett, Melton, opinan que el tabaco no es un factor de riesgo⁶¹, mientras que autores como Spiller, Garsed opinan lo contrario³¹. En nuestro estudio observamos una dicotomía en cuanto a los datos de tabaco mientras el subtipo estreñimiento y mixto muestra OR corregidos de 0,70 y 0,46 respectivamente, sin que éstos sean estadísticamente significativos, diarrea y subtipo indeterminado muestran OR mayores a 1 siendo llamativo el valor de subtipo indeterminado OR = 3,24 95% CI= 1,11-9,44) (p= 0,03). Las cifras l indican que existe una correlación positiva entre fumar y el subtipo indefinido, esto pese al hecho de que el intervalo de confianza es muy alto pero se encuentra enteramente en el rango superior a la unidad

Si nos referimos al alcohol debemos tener en cuenta las propiedades del mismo ya que pueden alterar a la motilidad o a la digestión, pese a esto investigadores como Talley et al no lo han tomado en cuenta como un factor de riesgo trascendente⁶². En nuestro estudio sus valores fueron estadísticamente significativos exclusivamente con el subtipo mixto (OR =2,41 95% CI= 0,94-6,15) (p= 0,06).

4.4 Factores alimentarios

Los análisis estadísticos no determinaron relaciones importantes entre los factores dietéticos: carbohidratos, grasas, fibra y agua en relación a los distintos subtipos estudiados, pero se halló una relación entre la variable alergia alimentaria y el subtipo estreñimiento (OR =1,84 95% CI= 0,86-3,94) (p= 0,11), lo cual pese a no ser estadísticamente significativo puede llegar a ser clínicamente relevante

Este acápite se torna trascendente al caracterizar los hábitos alimenticios de la población muy ricos en carbohidratos, moderados en grasa y limitados en fibra y agua lo cual desencadena cambios en el IMC, como vimos anteriormente, esto puede repercutir tanto en la sintomatología como en la calidad de vida del paciente.

Llama la atención la peculiaridad del porcentaje limitado de las alergias alimentarias en pacientes con SII, mientras ciertos estudios indican hasta el 89% de percepción de alergias alimentarias⁶⁶, en nuestra investigación solo encontramos 23% en todos los subtipos.

4.5 Factores sociales

Se analizaron los datos vivienda particular, redes de apoyo suficiente, residencia urbana o rural, trabajo estable, nivel educativo y estrato económico. La proporción de casa propia vs arrendatario es bastante pareja en todos los subtipos y pese a que sus resultados no son estadísticamente significativos, hay una evidente correlación con OR disminuidos para todos los subtipos. En cuanto a las redes de apoyo se refiere podemos inferir que existe una mayor cantidad de pacientes que sí presentan redes de apoyo en comparación a los que no las tienen. Existen 2 relaciones estadísticamente significativas, en el subtipo diarrea una relación con OR disminuido (OR =0,46 95% CI= 0,23-0,92) (p= 0,02) y en estreñimiento una relación con OR aumentado (OR =2,05 95% CI= 0,98-4,29) (p= 0,05).

La residencia del paciente y el nivel educativo indicaron características del subgrupo poblacional estudiado, predominó la residencia urbana, debido a que el hospital se encuentra en el cono urbano, con una supremacía de 80-20%, mientras que la educación varió equitativamente entre la primaria 41,8% y la secundaria 49,21%, Es importante mencionar que muchos de los pacientes entrevistados que referían educación secundaria ésta era incompleta. Conversaciones con los encuestados demostraron que la mayoría de ellos no comprendían los conceptos básicos referentes a su patología lo cual demostraba un nivel educativo menor al referido.

La variable trabajo estable presentó características relevantes ya que el 53 % no cuenta con un trabajo estable, es necesario tomar en cuenta que un % importante de los encuestados eran pacientes jubilados y en ciertos casos amas de casa, lo cual apoya la

hipótesis de que el diagnóstico de la patología es tardío, a más de que explica el por qué no cuentan con trabajo estable.

El análisis del estrato económico fue representativo puesto que se obtuvo en el subtipo diarrea (OR =0,46 95% CI= 0,22-0,96) (p= 0,03) una correlación negativa que indica una probabilidad disminuida para cualquier aumento en el estrato económico.

Los resultados en el acápite de relación familiar revelan que la mayoría de los subtipos caracterizaron su relación familiar como adecuada, pero un porcentaje no despreciable indicó que su situación era regular, la diferencia de OR fue positiva en todos los subgrupos excepto el mixto; el resultado no fue estadísticamente significativo en caso diarrea y estreñimiento p =0,10, lo que nos lleva a considerar que con un incremento muestral el dato puede llegar a reportar conclusiones más determinantes.

4.6 Factores psíquicos

Como se mencionó anteriormente investigaciones conducidas por Farting³⁶, determinaron que los trastornos psiquiátricos más prevalentes eran: depresión (46%), ansiedad generalizada (34%), desorden de pánico (31%) y somatización (26%)³⁶. En nuestra muestra no se encontraron cifras similares, pues la depresión ocupó el primer lugar con 28%, la ansiedad el segundo con 8% y muy por debajo el desorden de pánico con menos del 1%, siendo el promedio general de enfermedad psiquiátrica el 35 % muy por debajo del 54-90% encontrado por algunos autores; adicionalmente no se encontraron relaciones relevantes entre enfermedad psiquiátrica y el subtipo

El presente estudio sugiere que las enfermedades psiquiátricas son ampliamente subdiagnosticadas, además de que durante la encuesta se determinó que un buen porcentaje de pacientes inició con sintomatología de desórdenes psiquiátricos después de su diagnóstico de SII, por lo que se podrían realizar nuevas investigaciones para determinar si la patología psiquiátrica es causa o efecto en el SII

El haber presentado trauma en la infancia fue representativo durante el análisis en relación a patología psiquiátrica (Tabla 5), se demostró que existe un claro aumento de la patología psiquiátrica si el trauma en la infancia está presente (OR =3,67 95% CI= 1,93-6,95) (p= 0,00003). Se encontró que tanto el abuso infantil, abuso familiar y especialmente muerte de un familiar cercano fueron los traumas más representativos, pese a esto no se pudo concluir que el trauma en la infancia conlleve a sufrir un subtipo más que otro.

Por último la escala de estrés percibido mostró que la mayoría de pacientes percibía el estrés de su día a día en un nivel medio 66%, un porcentaje no despreciable lo reconocía como elevado 22% y un pequeño porcentaje lo hacía como bajo 12%, La relación estadística entre el estrés y los diferentes subtipos no fue significativa pero muchos pacientes con escala de estrés más elevado mencionaron empeoramiento de sus síntomas, por lo cual el nivel de estrés que maneja cada paciente puede ser clave en el tratamiento de la patología

4.7 Ventajas del estudio

Pese a que existe una apreciable cantidad de estudios en que se analizan rasgos específicos de SII en Asia, América del Norte y Europa, existen limitados datos en la región latinoamericana, al mismo tiempo contadas investigaciones se ocupan de un número elevado de factores de riesgo y factores predictores para SII, lo que hace que este estudio sea único en su naturaleza en el país

4.8 Limitaciones del estudio

El presente estudio cuenta con múltiples limitaciones, empezando con el tamaño del universo y tamaño muestral, ambos muy pequeños como para realizar predicciones estadísticas, que se puedan extrapolar a la población en general, muchas de las asociaciones establecidas no pudieron ser corroboradas por este mismo motivo.

En segunda instancia el modelo de estudio causa problemas debido a que se estudian los factores de riesgo y las características de la patología, una vez que ésta ya ha sido diagnosticada, esto puede conducir a sesgos pues en muchas oportunidades el paciente no recuerda si estuvo o no expuesto a ciertas situaciones. Al mismo tiempo estudios sugieren que en muchos pacientes el subtipo varía conforme se va desarrollando la patología, por lo cual un modelo de estudio longitudinal sería más adecuado ya que se podría estudiar a pacientes en el momento del diagnóstico, ver su evolución de subtipo con el correr de los años y determinar si cambios en factores modificables producen cambios en el paciente.

La valoración subjetiva de ciertas variables puede llevar a sesgo, las variables alimentarias y algunas sociales se basan en percepciones del paciente y aunque muchas de ellas fueron corroboradas en la historia clínica del mismo, no todas pudieron serlo. Idealmente análisis con variables objetivas deben ser realizados, pero por cuestiones de tiempo y logística no pudieron serlo

Adicionalmente, la disparidad de nivel socio cultural y la elevada edad de los pacientes también pudo conducir a un sesgo, ya que en numerosas oportunidades éstos no comprendían el propósito del estudio o muchas de las preguntas, llevando a que la encuesta se vuelva larga, a veces tediosa y que las respuestas se tornen apuradas y quizá dadas con poca veracidad.

Por motivos económicos el presente estudio no tuvo la capacidad de investigar otros factores de riesgo innovadores, como cualidades genéticas innatas o adquiridas que pueden tener un rol significativo en el SII

Déficit de atención médica y diagnóstico oportuno de ciertas patologías psiquiátricas y SII podrían alterar los porcentajes en ítems como enfermedad psiquiátrica, edad de diagnóstico y familiares con SII, lo cual no nos permite calcular asociaciones adecuadas

Por último la falta de una base de datos completa con respecto a la enfermedad limitó la investigación, ya que muchas encuestas realizadas tuvieron que ser anuladas en la segunda revisión de historias clínicas o durante la entrevista

5. CONCLUSIONES

La población sujeto de estudio fue heterogénea, con mediana de edad mayor a la estadística mundial, con historia familiar de la patología e historia de patología psiquiátrica muy baja, percepción de alergia alimentaria disminuida y hábitos perniciosos aumentados para la edad; la población además demuestra buenos nexos familiares y estabilidad económica moderada (tomar en consideración que los pacientes del HSFQ deben o debieron estar empleados para acceder al servicio)

Además se determinaron factores de riesgo con importancia clínica como el IMC, factores dietéticos y alergia alimentaria y con relevancia estadística como el consumo de alcohol, tabaco, redes de apoyo y ejercicio físico

Dentro del hospital y del servicio donde se realizó el estudio existe información limitada y desconocimiento generalizado por parte de los pacientes con respecto a su enfermedad, lo cual lleva a un mal manejo, aumento de la sintomatología y peor calidad de vida

Varios datos promisorios fueron encontrados en este estudio, lastimosamente solo unos pocos fueron estadísticamente significativos. Pese a ello se pudo perfilar el estilo de vida y las características del enfermo de SII ecuatoriano, lo cual nos ayuda a tener una idea más clara de nuestra realidad en comparación a datos que normalmente vienen de América del Norte, Europa o Asia.

Se recomienda estudios poblacionales de mayor volumen con temas similares al planteado para determinar la validez de los datos obtenidos

BIBLIOGRAFIA

1. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Estados Unidos) *El aparato digestivo y su funcionamiento*. (2008). u.s. department of health and human service. Recuperado de: <http://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/anatomia/aparato-digestivo/Pages/fact.aspx>
2. Hunt RH, Tougas G. Evolving concepts in functional gastrointestinal disorders: promising directions for novel pharmaceutical treatments. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*.2012 (6):869-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12473296>
3. Abdo- Francis, J. Trastornos funcionales digestivos. *Elsevier. Revista del Hospital General de México*. 2011 74 (No. 04). 1 – 5 Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-trastornos-funcionales-digestivos-90090733>
4. Quigley, E, Fried, M. Gwee, K, Olano, C, Guarner, F, Khalif, et. al Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. *Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología: 2009;1 -23*.Recuperado de <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/irritable-bowel-syndrome-spanish-2009.pdf>
5. García, R. (2010). *Aspectos clínicos y psicológicos de los pacientes con síndrome de intestino irritable*. (Tesis de doctora en medicina). Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Recuperado de:<http://eprints.ucm.es/10571/1/T31493.pdf>
6. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Investigadores del VHIR describen por primera vez alteraciones biológicas en el síndrome del intestino irritable [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.vhir.org/DDGRecerca%5CCOMUNICACIOEXTERNA%5C2012%5C2012_0075%5C2012_0075_003.pdf
7. Oshima T, Miwa H. Irritable bowel syndrome: What physicians should know? *J Neurosci Rural Pract*. 2015 Oct-Dec; 6(4): 467–468. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4691998/>
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 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
9. Chang FY, Lu CL, Chen TS. The current prevalence of irritable bowel syndrome in Asia. *J Neurogastroenterol Motil*.2010 ; 16:389–400 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>

10. Makharia GK, Verma AK, Amarchand R, Goswami A, Singh P, Agnihotri A, et al. Prevalence of irritable bowelsyndrome: A communitybasedstudyfromnorthern India. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011; 17:82–7. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
11. Paglieri, N. Síndrome de intestino irritable - Revisión del tema. *OSECAC Obra Social de Los Empleados de Comercio Y Actividades Civiles de Argentina.* 2014; 5-22. Recuperado de: <http://docplayer.es/6470421-Revision-de-tema-sindrome-de-intestino-irritable-dr-nicolas-pagliere.html>
12. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable, *Guía de práctica clínica Síndrome del intestino Irritable.* Barcelona. Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. 2005
13. Mearin, F. Síndrome de intestino irritable. Utilidad de los criterios de diagnóstico. *Elsevier, Medicina Clínica, 2007; 126 (No.09).* Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-del-intestino-irritable-nuevos-13099805>
Mearin, F. Síndrome de intestino irritable. Nuevos criterios de Roma. *Elsevier, Medicina Clínica, 2007; 128 (No. 09).* Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-del-intestino-irritable-nuevos-13099805>
14. Wood JD. Neuropathophysiology of irritable bowel syndrome. *J ClinGastroenterol.* 2002;35(1 Suppl):S11–22 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
15. Al-Chaer ED, Kawasaki M, Pasricha PJ. A new model of chronic visceral hypersensitivity in adult rats induced by colon irritation during postnatal development. *Gastroenterology.* 2000; 119: 1276–1285. Recuperado de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11054385>
16. Saab CY, Park YC, Al-Chaer ED. . Thalamic modulation of visceral nociceptive processing in adult rats with neonatal colon irritation. *Brain Res.* 2004;1008:186–192
17. Mertz H, Morgan V, Tanner G, Pickens D, Price R, Shyr Y, et al. Regional cerebral activation in irritable bowelsyndrome and control subjects with painful and nonpainful rectal distention. *Gastroenterology.* 2000;118:842–8 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
18. Miwa J, Echizen H, Matsueda K, Umeda N. Patients with constipation-predominant irritable bowelsyndrome (IBS) may have elevated serotonin concentrations in colonic mucosa as compared with diarrhea-predominant patients and subjects with normal

- bowelhabits. *Digestion*.2001 ;63:188–94 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
19. Yeo A, Boyd P, Lumsden S, Saunders T, Handley A, Stubbins M, et al. Association between a functional polymorphism in the serotonin transporter gene and diarrhoea predominant irritable bowel syndrome in women. *Gut*.2004;53:1452–8, Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
 20. Houghton LA, Foster JM, Whorwell PJ. Alosetron, a 5-HT₃ receptor antagonist, delays colonic transit in patients with irritable bowel syndrome and healthy volunteers. *AlimentPharmacolTher*.2000 ;14:775–82 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
 21. Morris-Yates A, Talley N, Joyce PM, et al.: Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:1311-1317. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9707057>
 22. Whitehead WE, Drossman DA. (2010). Validation of symptom-based diagnostic criteria for irritable bowel syndrome: a critical review. *Am J Gastroenterol.* ;105:814–20; quiz 813, 821. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4375587/#B6>
 23. D'Amato M. Genes and functional GI disorders: from casual to causal relationship. *Neurogastroenterol Motil.* 2013 ;25:638–49. doi: 10.1111/nmo.12173. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752571/>
 24. Zucchelli M, Camilleri M, Andreasson AN, Bresso F, Dlugosz A, Halfvarson J, Törkvist L, Schmidt PT, Karling P, Ohlsson B, Duerr RH, Simren M, Lindberg G, Agreus L, Carlson P, Zinsmeister AR, D'Amato M. Association of TNFSF15 polymorphismwith irritable bowelsyndrome. *Gut*.2011; 60:1671–7. doi: 10.1136/gut.2011.241877
 25. Kapeller J, Houghton L, Walstab J, Boenisch H, Rappold G, Niesler B. A codingvariant in theserotonin receptor 3C subunitisassociatedwithdiarrhea-predominant irritable bowelsyndrome. *Gastroenterology*; 2009 136: A155–A156.
 26. Villani A, Saito Y, Lemire M, Lemire M, Thabane M, Larson J, et al. (2009) Validation of geneticriskfactorsfor post-infectious irritable bowelsyndrome (IBS) in patientswithsporadic IBS. *Gastroenterology*; 296:G211–G218.
 27. Waehrens R, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K, Zöller B. Risk of irritable bowelsyndrome in first-degree, second-degree and third-degreerelatives of affectedindividuals: a nationwidefamilystudy in Sweden. *Gut*.2015; 64:215–21. Doi: 10.1136/gutjnl-2013-305705. Disponible en:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752571/>

28. Braff DL, Freedman R, Schork NJ, Gottesman II... Deconstructingschizophrenia: anoverview of the use of endophenotypes in ordertounderstand a complexdisorder. *Schizophr Bull.*2007; 33:21–32. doi: 10.1093/schbul/sbl049.Disponible en<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752571/#CR18>
29. Ruigómez A, García Rodríguez LA, Panés J. .Risk of irritable bowelsyndromeafteranepisode of bacterial gastroenteritis in general practice: Influence of comorbidities. *ClinGastroenterol Hepatol.*2007; 5:465–9.Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
30. Thabane M, Kottachchi DT, Marshall JK. Systematic review and meta-analysis: The incidence and prognosis of post-infectious irritable bowel syndrome. *Aliment PharmacolTher.*2007; 26:535–44. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
31. Spiller R, Garsed K. Infection, inflammation, and the irritable bowel syndrome. *Dig Liver Dis.*2009; 41:844–9. 37. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
32. Neal KR, Hebden J, Spiller R. Prevalence of gastrointestinal symptomssixmonthsafterbacterial gastroenteritis and riskfactorsfordevelopment of the irritable bowelsyndrome: Postal survey of patients. *BMJ.* 1997;314:779–82 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
33. Longstreth GF. Irritable bowel syndrome. In: Manu P, editor. Functional Somatic Syndrome. *Cambridge: University Press*; 1998. pp. 55–73 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>.
34. Lydiard RB. Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: What are the links? *J Clin Psychiatry.*2001;62(Suppl 8):38–45. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
35. Posserud I, Agerforz P, Ekman R, Björnsson ES, Abrahamsson H, Simrén M.. Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patientswith irritable bowelsyndromeduring mental stress. *Gut.*2004; 53:1102–8. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
36. Farting MJ. Fortnightly review: Irritable bowel, irritable body, or irritable brain? *BMJ.*1995 ;310:171–5 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
37. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ.Psychiatricdiagnoses, sexual and physicalvictimization, and disability in patientswith irritable bowelsyndromeorinflammatoryboweldisease. *Psychol Med.*1995;25:1259–67 Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
38. Karling P, Danielsson A, Adolfsson R, Norrback KF. .No difference in symptoms of irritable bowel syndrome between healthy subjects and patients with

- recurrent depression in remission. *Neurogastroenterol Motil.* 2007 ;19:896–904
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
39. Pata C, Erdal ME, Derici E, Yazar A, Kanik A, Ulu O. Serotonin transporter gene polymorphism in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2002 ;97:1780–4
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
40. Kilpatrick LA, Labus JS, Coveleskie K, Hammer C, Rappold G, Tillisch K, et al. The HTR3A polymorphism c. -42C>T is associated with amygdala responsiveness in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2011 ;140:1943–51.
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
41. Estopà, Dueso J, Jorquera, F, Santos Martín C, y Veiga Fernández C. Síndrome del Intestino Irritable. *Revista de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.* 2006
Recuperado de: www.mgyf.org/medicinageneral/revista_63/pdf/221_225.pdf
42. Oshima T, Miwa H. Epidemiology of Functional Gastrointestinal Disorders in Japan and in the World, *J Neurogastroenterol Motil.* Jul. 2015; 21(3): 320–329.
Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496905/> disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4496905/>
43. Gomborone J, Dewsnap P, Libby G, Farthing M. Abnormal illness attitudes in patients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res.* 1995; 39:227–30.
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
44. Chitkara DK, van Tilburg MA, Blois-Martin N, Whitehead WE. Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: A systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2008 ;103:765–74
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
45. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: Subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut.* 1992; 33:825–30
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
46. Lovell R, Ford A. Global Prevalence of and Risk Factors for Irritable Bowel Syndrome: A Meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology.* 2012;10:712–721
Disponible en: [http://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(12\)00308-4/abstract](http://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(12)00308-4/abstract)
47. Masand PS, Sousou AJ, Gupta S, et al. Irritable bowel syndrome (IBS) and alcohol abuse or dependence. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 1998; 24:513–521.
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697992/#R11>
48. Yamamoto R, Kaneita Y, Osaki Y, et al. Irritable bowel syndrome among Japanese adolescents: a nationally representative survey. *J Gastroenterol*

- Hepatol.* 2015; 9:1354–1360 Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697992/#R11>
49. Kubo M, Fujiwara Y, Shiba M, et al. Differences between risk factors among irritable bowel syndrome subtypes in Japanese adults. *Neurogastroenterol Motil.* 2011; 23:249–254 Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4697992/#R11>
50. Hohannesson E, Simrén M, Strid H. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*, 2011; 106 pp. 915-922 Disponible en :
<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/consenso-mexicano-sobre-el-sindrome/avance/S0375090616000185/#bib0415>
51. Riddle MS, Welsh M, Porter CK, Nieh C, Boyko EJ, Gackstetter G, et al. The Epidemiology of Irritable Bowel Syndrome in the US Military: Findings from the Millennium Cohort Study. *Am J Gastroenterol.* 2016; **111**(1):93-104. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4759150/>
52. Jones VA, McLaughlan P, Shorthouse M, Workman E, Hunter JO. Food intolerance: a major factor in the pathogenesis of irritable bowel syndrome. *Lancet*, 1982; 2: 1115-1117, Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6128447>
53. Farah DA, Calder I, Benson L, MacKenzie JF. Specific food intolerance: its place as a cause of gastrointestinal symptoms. *Gut*, 1985;26: 164-168, Disponible en https://www.jstage.jst.go.jp/article/internalmedicine/54/24/54_54.5378/_pdf
54. Bohmer CJ, Tuynman HA. The effect of a lactose-restricted diet in patients with a positive lactose tolerance test, earlier diagnosed as irritable bowel syndrome: A 5-year follow-up study. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2001; 13: 941-944,
55. Halmos E, Power V, Shepherd S. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2014; 146 pp. 67-75 Disponible en:
<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/respuesta-clinica-pacientes-mexicanos-con/articulo/S0375090615000749/#bib0075>
56. Camilleri M, Madsen K, Spiller R, Greenwood-Van Meerveld B, Verne GN. Intestinal barrier function in health and gastrointestinal disease. *Neurogastroenterol Motil.* 2012; 24:503–12 Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4692018/>
57. Moayyedi P, Quigley B, Lacy B. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2014; 109 pp. 1367-1374 Disponible en:
<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/consenso-mexicano-sobre-el-sindrome/avance/S0375090616000185/#bib0435>
58. Mearin, F. Perelló, A y Perona, M. Calidad de vida en los pacientes con síndrome de intestino irritable. *Elsevier.*, 2007; 27 (No.3). Recuperado de :

<http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-calidad-vida-los-pacientes-con-13058927>

59. Drossman DA, Funch-Jensen P, Janssens J. (1990). Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int.* (3):159–172. Available from:<http://www.scopus.com/record/display.url?eid=2-s2.0-0025601811&origin=resultslist&zone=contextBox>
60. Sadik R, Bjornsson E, Simren M. .The relationship between symptoms, body mass index, gastrointestinal transit and stool frequency in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2010; 22: 102–8. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19701093>
61. Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Talley NJ, Fett SL, Melton LJ. Risk factors for irritable bowel syndrome: role of analgesics and food sensitivities.*Am J Gastroenterol*, 2000; 95: 157–65.25
62. Owens D.M., Nelson D.K., Talley N.J. (1995) The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 122: 107–112 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7992984>
63. Zolezzi A. Las enfermedades funcionales gastrointestinales y Roma III. *Rev. Gastroenterol Perú*, 2007;27:177-84 Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000200007&script=sci_arttext
64. Kim DY, Camilleri M. Serotonin: A mediator of the brain-gut connection. *Am J Gastroenterol*.2000; 95:2698–709. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11051338>
65. Maxwell PR, Mendall MA, Kumar D. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 1997; 350(9092):1691–1695. Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9400529>
66. Hayes P, Corish C, O'Mahony E, Quigley EM. A dietary survey of patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet* 27: 36-47, 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9400529>

ANEXOS

Promedio Main variable: **EDAD**

EDAD											
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
EDAD	189	10286	54,4233	204,2029	14,2900	18,0000	45,0000	55,0000	65,0000	89,0000	65,0000

Frecuencia Frequency variable: **SUBTIPO**

SUBTIPO	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
Diarrea	64	33,86 %	33,86 %	27,15 %	41,09 %
Estreñimiento	64	33,86 %	67,72 %	27,15 %	41,09 %
Mixto	37	19,58 %	87,30 %	14,17 %	25,96 %
Indeterminado	24	12,70 %	100,00 %	8,31 %	18,30 %
TOTAL	189	100,00 %	100,00 %		

Promedio Main variable: **TIEMPO DEDICADO A COMER**

TIEMPO DEDICADO A COMER											
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
TIEMPO DEDICADO A COMER	189	4145	21,9312	27,7665	5,2694	5,0000	20,0000	20,0000	25,0000	45,0000	20,0000

Promedio Main variable: **PESO**

PESO											
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Peso	189	12502,72	66,1520	138,0597	11,7499	35,5000	57,6000	66,1000	72,5000	96,3000	70,0000
------	-----	----------	---------	----------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Promedio Main variable: **IMC**

IMC											
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
IMC	189	5177,12	27,3922	21,1026	4,5938	17,4900	24,4900	27,3000	29,7600	43,4000	27,7700

Promedio Main variable: **TALLA**

TALLA											
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
talla	189	349,06	1,8469	3,8330	1,9578	1,3500	1,5000	1,5600	1,6100	16,0000	1,5000

Frecuencia Frequency variable: **SEXO**

SEXO	Frequency	Percent	Cum. Percent	Exact 95% LCL	Exact 95% LCL
F	138	73,02 %	73,02 %	66,09 %	79,20 %
M	51	26,98 %	100,00 %	20,80 %	33,91 %
TOTAL	189	100,00 %	100,00 %		

Promedio Main variable: **INICIO DE LA ENFERMEDAD**

INICIO DE LA ENFERMEDAD												
	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode	
INICIO DE LA ENFERMEDAD	189	8867	46,9153	186,4822	13,6558	9,0000	40,0000	46,0000	56,0000	77,0000	40,0000	

Frecuencia combinada (todos los subtipos)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

T1	Frequency	Percent
MEDICINA ACTUAL	162	85,71 %
CARBOHIDRATOS EN DIETA	140	74,07 %
REDES DE APOYO SUFICIENTES	115	60,85 %
CASA PROPIA	102	53,97 %
TRABAJO ESTABLE	89	47,09 %
GRASAS EN DIETA	83	43,92 %
FIBRA Y AGUA	72	38,10 %
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA	67	35,45 %
TRAUMA EN LA INFANCIA	63	33,33 %
HISTORIA FAMILIAR DE LA PATOLOGA	57	30,16 %
TABACO	53	28,04 %
EJERCICIO FÍSICO	48	25,40 %
ALERGIA ALIMENTARIA	44	23,28 %
ALCOHOL	42	22,22 %

Analisis por subtipos

Subtipo mixto

	MIXTO		
ALCOHOL	Yes	No	Total
Yes	11	31	42
Row %	26,19 %	73,81 %	100,00 %
Col %	29,73 %	20,39 %	22,22 %
No	26	121	147
Row %	17,69 %	82,31 %	100,00 %
Col %	70,27 %	79,61 %	77,78 %
Total	37	152	189

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,6514	0,7362	3,7042 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,6466	0,7112	3,6765 (M)
		0,6597	3,9188 (F)

	MIXTO		
ALERGIA ALIMENTARIA	Yes	No	Total
Yes	10	34	44
Row %	22,73 %	77,27 %	100,00 %
Col %	27,03 %	22,37 %	23,28 %
No	27	118	145
Row %	18,62 %	81,38 %	100,00 %
Col %	72,97 %	77,63 %	76,72 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,2854	0,5663	2,9178 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,2836	0,5442	2,8879 (M)
		0,5028	3,0791 (F)

	MIXTO

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

CARBOHIDRATOS EN DIETA	Yes	No	Total
Yes	24	116	140
Row %	17,14 %	82,86 %	100,00 %
Col %	64,86 %	76,32 %	74,07 %
No	13	36	49
Row %	26,53 %	73,47 %	100,00 %
Col %	35,14 %	23,68 %	25,93 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,5729	0,2649	1,2394 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,5748	0,2658	1,2725 (M)
		0,2503	1,3613 (F)

	MIXTO		Total
	Yes	No	
CASA PROPIA			
Yes	20	82	102
Row %	19,61 %	80,39 %	100,00 %
Col %	54,05 %	53,95 %	53,97 %
No	17	70	87
Row %	19,54 %	80,46 %	100,00 %
Col %	45,95 %	46,05 %	46,03 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,0043	0,4884	2,0653 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,0043	0,4855	2,0917 (M)
		0,4594	2,2153 (F)

	MIXTO		
EJERCICIO FÍSICO	Yes	No	Total
Yes	11	37	48
Row %	22,92 %	77,08 %	100,00 %
Col %	29,73 %	24,34 %	25,40 %
No	26	115	141
Row %	18,44 %	81,56 %	100,00 %
Col %	70,27 %	75,66 %	74,60 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,3150	0,5930	2,9159 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,3130	0,5731	2,8932 (M)
		0,5322	3,0775 (F)

	MIXTO		
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA	Yes	No	Total

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Yes	13	54	67
Row %	19,40 %	80,60 %	100,00 %
Col %	35,14 %	35,53 %	35,45 %
No	24	98	122
Row %	19,67 %	80,33 %	100,00 %
Col %	64,86 %	64,47 %	64,55 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,9830	0,4633	2,0858 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,9831	0,4520	2,0799 (M)
		0,4234	2,2018 (F)

	MIXTO		
FIBRA Y AGUA	Yes	No	Total
Yes	14	58	72
Row %	19,44 %	80,56 %	100,00 %
Col %	37,84 %	38,16 %	38,10 %
No	23	94	117
Row %	19,66 %	80,34 %	100,00 %
Col %	62,16 %	61,84 %	61,90 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,9865	0,4704	2,0690 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,9866	0,4605	2,0678 (M)
		0,4326	2,1870 (F)

	MIXTO		
GRASAS EN DIETA	Yes	No	Total
Yes	15	68	83
Row %	18,07 %	81,93 %	100,00 %
Col %	40,54 %	44,74 %	43,92 %
No	22	84	106
Row %	20,75 %	79,25 %	100,00 %
Col %	59,46 %	55,26 %	56,08 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,8422	0,4059	1,7478 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,8430	0,3988	1,7516 (M)
		0,3755	1,8511 (F)

	MIXTO		
HISTORIA FAMILIAR DE LA PATOLOGÍA	Yes	No	Total
Yes	13	44	57
Row %	22,81 %	77,19 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Col %	35,14 %	28,95 %	30,16 %
No	24	108	132
Row %	18,18 %	81,82 %	100,00 %
Col %	64,86 %	71,05 %	69,84 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,3295	0,6214	2,8445 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,3275	0,6057	2,8347 (M)
		0,5669	3,0049 (F)

	MIXTO		
MEDICACIÓN ACTUAL	Yes	No	Total
Yes	31	131	162
Row %	19,14 %	80,86 %	100,00 %
Col %	83,78 %	86,18 %	85,71 %
No	6	21	27
Row %	22,22 %	77,78 %	100,00 %
Col %	16,22 %	13,82 %	14,29 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval
--	-------	-------------------------

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,8282	0,3083	2,2249 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,8291	0,3160	2,4167 (M)
		0,2908	2,7254 (F)

	MIXTO		
REDES DE APOYO SUFICIENTES	Yes	No	Total
Yes	23	92	115
Row %	20,00 %	80,00 %	100,00 %
Col %	62,16 %	60,53 %	60,85 %
No	14	60	74
Row %	18,92 %	81,08 %	100,00 %
Col %	37,84 %	39,47 %	39,15 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,0714	0,5113	2,2451 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,0710	0,5115	2,2928 (M)
		0,4837	2,4407 (F)

	MIXTO		
TABACO	Yes	No	Total
Yes	8	45	53
Row %	15,09 %	84,91 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Col %	21,62 %	29,61 %	28,04 %
No	29	107	136
Row %	21,32 %	78,68 %	100,00 %
Col %	78,38 %	70,39 %	71,96 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,6559	0,2785	1,5450 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,6573	0,2636	1,5171 (M)
		0,2407	1,6201 (F)

	MIXTO		
TRABAJO ESTABLE	Yes	No	Total
Yes	19	70	89
Row %	21,35 %	78,65 %	100,00 %
Col %	51,35 %	46,05 %	47,09 %
No	18	82	100
Row %	18,00 %	82,00 %	100,00 %
Col %	48,65 %	53,95 %	52,91 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval
--	-------	-------------------------

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,2365	0,6023	2,5385 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,2351	0,5970	2,5625 (M)
		0,5646	2,7116 (F)

	MIXTO		
TRAUMA EN LA INFANCIA	Yes	No	Total
Yes	13	50	63
Row %	20,63 %	79,37 %	100,00 %
Col %	35,14 %	32,89 %	33,33 %
No	24	102	126
Row %	19,05 %	80,95 %	100,00 %
Col %	64,86 %	67,11 %	66,67 %
Total	37	152	189
Row %	19,58 %	80,42 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,1050	0,5193	2,3511 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,1044	0,5065	2,3438 (M)
		0,4743	2,4822 (F)

Subtipo estreñimiento

Tabla 2x 2

	ESTREÑIMIENTO	
--	----------------------	--

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

ALCOHOL	Yes	No	Total
Yes	11	31	42
Row %	26,19 %	73,81 %	100,00 %
Col %	17,19 %	24,80 %	22,22 %
No	53	94	147
Row %	36,05 %	63,95 %	100,00 %
Col %	82,81 %	75,20 %	77,78 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,6293	0,2926	1,3536 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,6308	0,2830	1,3412 (M)
		0,2637	1,4187 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
ALERGIA ALIMENTARIA	Yes	No	Total
Yes	18	26	44
Row %	40,91 %	59,09 %	100,00 %
Col %	28,13 %	20,80 %	23,28 %
No	46	99	145
Row %	31,72 %	68,28 %	100,00 %
Col %	71,88 %	79,20 %	76,72 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval
--	-------	-------------------------

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,4900	0,7434	2,9865 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,4867	0,7323	2,9876 (M)
		0,6937	3,1444 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
CARBOHIDRATOS EN DIETA	Yes	No	Total
Yes	49	91	140
Row %	35,00 %	65,00 %	100,00 %
Col %	76,56 %	72,80 %	74,07 %
No	15	34	49
Row %	30,61 %	69,39 %	100,00 %
Col %	23,44 %	27,20 %	25,93 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,2205	0,6062	2,4573 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,2192	0,6086	2,5082 (M)
		0,5791	2,6559 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
CASA PROPIA	Yes	No	Total
Yes	42	60	102
Row %	41,18 %	58,82 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Col %	65,63 %	48,00 %	53,97 %
No	22	65	87
Row %	25,29 %	74,71 %	100,00 %
Col %	34,38 %	52,00 %	46,03 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	2,0682	1,1083	3,8595 (T)
Odds Ratio (MLE)	2,0602	1,1070	3,8931 (M)
		1,0624	4,0725 (F)

	ESTREÑIMIENTO		Total
	Yes	No	
EJERCICIO FISICO			
Yes	15	33	48
Row %	31,25 %	68,75 %	100,00 %
Col %	23,44 %	26,40 %	25,40 %
No	49	92	141
Row %	34,75 %	65,25 %	100,00 %
Col %	76,56 %	73,60 %	74,60 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,8534	0,4230	1,7219 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,8541	0,4144	1,7155 (M)
		0,3913	1,8035 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
ENFERMEDAD PPSQUIÁTRICA	Yes	No	Total
Yes	21	46	67
Row %	31,34 %	68,66 %	100,00 %
Col %	32,81 %	36,80 %	35,45 %
No	43	79	122
Row %	35,25 %	64,75 %	100,00 %
Col %	67,19 %	63,20 %	64,55 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,8387	0,4441	1,5842 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,8395	0,4390	1,5835 (M)
		0,4191	1,6528 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
FIBRA Y AGUA	Yes	No	Total
Yes	24	48	72
Row %	33,33 %	66,67 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Col %	37,50 %	38,40 %	38,10 %
No	40	77	117
Row %	34,19 %	65,81 %	100,00 %
Col %	62,50 %	61,60 %	61,90 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,9625	0,5171	1,7916 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,9627	0,5125	1,7930 (M)
		0,4905	1,8692 (F)

	ESTREÑIMIENTO		Total
	Yes	No	
GRASAS EN DIETA			
Yes	32	51	83
Row %	38,55 %	61,45 %	100,00 %
Col %	50,00 %	40,80 %	43,92 %
No	32	74	106
Row %	30,19 %	69,81 %	100,00 %
Col %	50,00 %	59,20 %	56,08 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,4510	0,7915	2,6600 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,4481	0,7874	2,6687 (M)
		0,7561	2,7804 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
HISTORIA FAMILIAR DE LA PATOLOGÍA	Yes	No	Total
Yes	17	40	57
Row %	29,82 %	70,18 %	100,00 %
Col %	26,56 %	32,00 %	30,16 %
No	47	85	132
Row %	35,61 %	64,39 %	100,00 %
Col %	73,44 %	68,00 %	69,84 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7686	0,3933	1,5021 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7697	0,3868	1,4981 (M)
		0,3671	1,5690 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
MEDICACIÓN ACTUAL	Yes	No	Total
Yes	56	106	162

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Row %	34,57 %	65,43 %	100,00 %
Col %	87,50 %	84,80 %	85,71 %
No	8	19	27
Row %	29,63 %	70,37 %	100,00 %
Col %	12,50 %	15,20 %	14,29 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,2547	0,5167	3,0470 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,2533	0,5224	3,2102 (M)
		0,4859	3,5273 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
	Yes	No	Total
REDES DE APOYO SUFICIENTES			
Yes	45	70	115
Row %	39,13 %	60,87 %	100,00 %
Col %	70,31 %	56,00 %	60,85 %
No	19	55	74
Row %	25,68 %	74,32 %	100,00 %
Col %	29,69 %	44,00 %	39,15 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,8609	0,9792	3,5366 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,8549	0,9803	3,5815 (M)
		0,9392	3,7584 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
TABACO	Yes	No	Total
Yes	15	38	53
Row %	28,30 %	71,70 %	100,00 %
Col %	23,44 %	30,40 %	28,04 %
No	49	87	136
Row %	36,03 %	63,97 %	100,00 %
Col %	76,56 %	69,60 %	71,96 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7009	0,3506	1,4010 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7021	0,3435	1,3950 (M)
		0,3247	1,4642 (F)

	ESTREÑIMIENTO		
TRABAJO ESTABLE	Yes	No	Total

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Yes	27	62	89
Row %	30,34 %	69,66 %	100,00 %
Col %	42,19 %	49,60 %	47,09 %
No	37	63	100
Row %	37,00 %	63,00 %	100,00 %
Col %	57,81 %	50,40 %	52,91 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7415	0,4039	1,3613 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7427	0,4015	1,3649 (M)
		0,3850	1,4207 (F)

ESTREÑIMIENTO			
TRAUMA EN LA INFANCIA	Yes	No	Total
Yes	19	44	63
Row %	30,16 %	69,84 %	100,00 %
Col %	29,69 %	35,20 %	33,33 %
No	45	81	126
Row %	35,71 %	64,29 %	100,00 %
Col %	70,31 %	64,80 %	66,67 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7773	0,4058	1,4887 (T)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Odds Ratio (MLE)	0,7783	0,4004	1,4865 (M)
		0,3813	1,5535 (F)

Subtipo diarrea

Tabla 2x 2

ALCOHOL	DIARREA		Total
	Yes	No	
Yes	14	28	42
Row %	33,33 %	66,67 %	100,00 %
Col %	21,88 %	22,40 %	22,22 %
No	50	97	147
Row %	34,01 %	65,99 %	100,00 %
Col %	78,13 %	77,60 %	77,78 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,9700	0,4690	2,0061 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,9702	0,4585	1,9990 (M)
		0,4313	2,1086 (F)

ALERGIA ALIMENTARIA	DIARREA		Total
	Yes	No	
Yes	13	31	44
Row %	29,55 %	70,45 %	100,00 %
Col %	20,31 %	24,80 %	23,28 %
No	51	94	145
Row %	35,17 %	64,83 %	100,00 %
Col %	79,69 %	75,20 %	76,72 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7729	0,3718	1,6069 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7740	0,3624	1,5978 (M)
		0,3402	1,6849 (F)

	DIARREA		
CARBOHIDRATOS EN DIETA	Yes	No	Total
Yes	48	92	140
Row %	34,29 %	65,71 %	100,00 %
Col %	75,00 %	73,60 %	74,07 %
No	16	33	49
Row %	32,65 %	67,35 %	100,00 %
Col %	25,00 %	26,40 %	25,93 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,0761	0,5389	2,1488 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,0757	0,5404	2,1889 (M)
		0,5145	2,3135 (F)

	DIARREA		
CASAPROPIA	Yes	No	Total
Yes	30	72	102
Row %	29,41 %	70,59 %	100,00 %
Col %	46,88 %	57,60 %	53,97 %
No	34	53	87
Row %	39,08 %	60,92 %	100,00 %
Col %	53,13 %	42,40 %	46,03 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,6495	0,3544	1,1903 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,6510	0,3530	1,1956 (M)
		0,3387	1,2445 (F)

	DIARREA		
	Yes	No	Total
Yes	19	29	48
Row %	39,58 %	60,42 %	100,00 %
Col %	29,69 %	23,20 %	25,40 %
No	45	96	141
Row %	31,91 %	68,09 %	100,00 %
Col %	70,31 %	76,80 %	74,60 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,3977	0,7093	2,7541 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,3952	0,6995	2,7540 (M)
		0,6642	2,8918 (F)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	DIARREA		
ENFERMEDAD PSIQUIATRICA	Yes	No	Total
Yes	24	43	67
Row %	35,82 %	64,18 %	100,00 %
Col %	37,50 %	34,40 %	35,45 %
No	40	82	122
Row %	32,79 %	67,21 %	100,00 %
Col %	62,50 %	65,60 %	64,55 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,1442	0,6116	2,1405 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,1434	0,6059	2,1419 (M)
		0,5797	2,2347 (F)

	DIARREA		
FIBRA Y AGUA	Yes	No	Total
Yes	26	46	72
Row %	36,11 %	63,89 %	100,00 %
Col %	40,63 %	36,80 %	38,10 %
No	38	79	117
Row %	32,48 %	67,52 %	100,00 %
Col %	59,38 %	63,20 %	61,90 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,1751	0,6339	2,1783 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,1740	0,6288	2,1813 (M)
		0,6025	2,2738 (F)

GRASAS ENDIETA	DIARREA		
	Yes	No	Total
Yes	24	59	83
Row %	28,92 %	71,08 %	100,00 %
Col %	37,50 %	47,20 %	43,92 %
No	40	66	106
Row %	37,74 %	62,26 %	100,00 %
Col %	62,50 %	52,80 %	56,08 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,6712	0,3625	1,2427 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,6726	0,3596	1,2445 (M)
		0,3444	1,2961 (F)

HISTORIA FAMILIAR DE LA PATOLOGA	DIARREA		
	Yes	No	Total
Yes	16	41	57
Row %	28,07 %	71,93 %	100,00 %
Col %	25,00 %	32,80 %	30,16 %
No	48	84	132
Row %	36,36 %	63,64 %	100,00 %
Col %	75,00 %	67,20 %	69,84 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,6829	0,3467	1,3452 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,6843	0,3404	1,3405 (M)
		0,3225	1,4047 (F)

	DIARREA		
MEDICACIÓN ACTUAL	Yes	No	Total
Yes	56	106	162
Row %	34,57 %	65,43 %	100,00 %
Col %	87,50 %	84,80 %	85,71 %
No	8	19	27
Row %	29,63 %	70,37 %	100,00 %
Col %	12,50 %	15,20 %	14,29 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,2547	0,5167	3,0470 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,2533	0,5224	3,2102 (M)
		0,4859	3,5273 (F)

	DIARREA		
REDES DE APOYO SUFICIENTES	Yes	No	Total
Yes	32	83	115
Row %	27,83 %	72,17 %	100,00 %
Col %	50,00 %	66,40 %	60,85 %
No	32	42	74
Row %	43,24 %	56,76 %	100,00 %
Col %	50,00 %	33,60 %	39,15 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,5060	0,2737	0,9357 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,5079	0,2729	0,9413 (M)
		0,2616	0,9810 (F)

TABACO	DIARREA		Total
	Yes	No	
Yes	19	34	53
Row %	35,85 %	64,15 %	100,00 %
Col %	29,69 %	27,20 %	28,04 %
No	45	91	136
Row %	33,09 %	66,91 %	100,00 %
Col %	70,31 %	72,80 %	71,96 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,1301	0,5809	2,1983 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,1293	0,5728	2,1963 (M)
		0,5447	2,3012 (F)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	DIARREA		
TRABAJO ESTABLE	Yes	No	Total
Yes	29	60	89
Row %	32,58 %	67,42 %	100,00 %
Col %	45,31 %	48,00 %	47,09 %
No	35	65	100
Row %	35,00 %	65,00 %	100,00 %
Col %	54,69 %	52,00 %	52,91 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,8976	0,4904	1,6429 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,8981	0,4878	1,6480 (M)
		0,4682	1,7154 (F)

	DIARREA		
TRAUMA EN LA INFANCIA	Yes	No	Total
Yes	24	39	63
Row %	38,10 %	61,90 %	100,00 %
Col %	37,50 %	31,20 %	33,33 %
No	40	86	126
Row %	31,75 %	68,25 %	100,00 %
Col %	62,50 %	68,80 %	66,67 %
Total	64	125	189
Row %	33,86 %	66,14 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,3231	0,7033	2,4889 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,3211	0,6966	2,4906 (M)
		0,6661	2,6007 (F)

Subtipo indefinido

Tabla 2x 2

	INDEFINIDO		
ALCOHOL	Yes	No	Total
Yes	6	36	42
Row %	14,29 %	85,71 %	100,00 %
Col %	25,00 %	21,82 %	22,22 %
No	18	129	147
Row %	12,24 %	87,76 %	100,00 %
Col %	75,00 %	78,18 %	77,78 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,1944	0,4416	3,2309 (T)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Odds Ratio (MLE)	1,1933	0,4070	3,1608 (M)
		0,3606	3,4408 (F)

	INDEFINIDO		
ALERGIA ALIMENTARIA	Yes	No	Total
Yes	3	41	44
Row %	6,82 %	93,18 %	100,00 %
Col %	12,50 %	24,85 %	23,28 %
No	21	124	145
Row %	14,48 %	85,52 %	100,00 %
Col %	87,50 %	75,15 %	76,72 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,4321	0,1225	1,5235 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,4337	0,0985	1,4107 (M)
		0,0788	1,5659 (F)

	INDEFINIDO		
CARBOHIDRATOS EN DIETA	Yes	No	Total
Yes	19	121	140
Row %	13,57 %	86,43 %	100,00 %
Col %	79,17 %	73,33 %	74,07 %
No	5	44	49
Row %	10,20 %	89,80 %	100,00 %
Col %	20,83 %	26,67 %	25,93 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %
-------	----------	----------	----------

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,3818	0,4865	3,9244 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,3796	0,5029	4,3642 (M)
		0,4608	5,0161 (F)

CASA PROPIA	INDEFINIDO		Total
	Yes	No	
Yes	10	92	102
Row %	9,80 %	90,20 %	100,00 %
Col %	41,67 %	55,76 %	53,97 %
No	14	73	87
Row %	16,09 %	83,91 %	100,00 %
Col %	58,33 %	44,24 %	46,03 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,5668	0,2380	1,3498 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,5685	0,2311	1,3613 (M)
		0,2125	1,4676 (F)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	INDEFINIDO		
EJERCICIO FÍSICO	Yes	No	Total
Yes	3	45	48
Row %	6,25 %	93,75 %	100,00 %
Col %	12,50 %	27,27 %	25,40 %
No	21	120	141
Row %	14,89 %	85,11 %	100,00 %
Col %	87,50 %	72,73 %	74,60 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,3810	0,1083	1,3394 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,3825	0,0871	1,2397 (M)
		0,0697	1,3751 (F)

	INDEFINIDO		
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA	Yes	No	Total
Yes	9	58	67
Row %	13,43 %	86,57 %	100,00 %
Col %	37,50 %	35,15 %	35,45 %
No	15	107	122
Row %	12,30 %	87,70 %	100,00 %
Col %	62,50 %	64,85 %	64,55 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,1069	0,4564	2,6848 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,1063	0,4381	2,6837 (M)
		0,4006	2,8957 (F)

INDEFINIDO			
FIBRA Y AGUA	Yes	No	Total
Yes	8	64	72
Row %	11,11 %	88,89 %	100,00 %
Col %	33,33 %	38,79 %	38,10 %
No	16	101	117
Row %	13,68 %	86,32 %	100,00 %
Col %	66,67 %	61,21 %	61,90 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,7891	0,3193	1,9498 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,7900	0,3038	1,9388 (M)
		0,2760	2,0928 (F)

INDEFINIDO			
GRASAS EN DIETA	Yes	No	Total
Yes	12	71	83
Row %	14,46 %	85,54 %	100,00 %
Col %	50,00 %	43,03 %	43,92 %
No	12	94	106
Row %	11,32 %	88,68 %	100,00 %
Col %	50,00 %	56,97 %	56,08 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,3239	0,5617	3,1208 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,3220	0,5509	3,1733 (M)
		0,5097	3,4301 (F)

	INDEFINIDO		
HISTORIA FAMILIAR DE LA PATOLOGÍA	Yes	No	Total
Yes	11	46	57
Row %	19,30 %	80,70 %	100,00 %
Col %	45,83 %	27,88 %	30,16 %
No	13	119	132
Row %	9,85 %	90,15 %	100,00 %
Col %	54,17 %	72,12 %	69,84 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	2,1890	0,9152	5,2358 (T)
Odds Ratio (MLE)	2,1789	0,8898	5,2784 (M)
		0,8200	5,7074 (F)

	INDEFINIDO		
MEDICINA ACTUAL	Yes	No	Total
Yes	19	143	162
Row %	11,73 %	88,27 %	100,00 %
Col %	79,17 %	86,67 %	85,71 %
No	5	22	27
Row %	18,52 %	81,48 %	100,00 %
Col %	20,83 %	13,33 %	14,29 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,5846	0,1980	1,7260 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,5865	0,2040	1,9197 (M)
		0,1853	2,2161 (F)

REDES DE APOYO SUFICIENTES	INDEFINIDO		Total
	Yes	No	
Yes	15	100	115
Row %	13,04 %	86,96 %	100,00 %
Col %	62,50 %	60,61 %	60,85 %
No	9	65	74
Row %	12,16 %	87,84 %	100,00 %
Col %	37,50 %	39,39 %	39,15 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,0833	0,4478	2,6208 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,0829	0,4477	2,7280 (M)
		0,4151	2,9822 (F)

TABACO	INDEFINIDO		Total
	Yes	No	
Yes	11	42	53
Row %	20,75 %	79,25 %	100,00 %
Col %	45,83 %	25,45 %	28,04 %

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	2,4780	1,0319	5,9506 (T)
Odds Ratio (MLE)	2,4645	1,0028	5,9950 (M)
		0,9236	6,4866 (F)

INDEFINIDO			
TRABAJO ESTABLE	Yes	No	Total
Yes	14	75	89
Row %	15,73 %	84,27 %	100,00 %
Col %	58,33 %	45,45 %	47,09 %
No	10	90	100
Row %	10,00 %	90,00 %	100,00 %
Col %	41,67 %	54,55 %	52,91 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	1,6800	0,7056	3,9998 (T)
Odds Ratio (MLE)	1,6754	0,6998	4,1193 (M)
		0,6491	4,4799 (F)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

	INDEFINIDO		
TRAUMA EN LA INFANCIA	Yes	No	Total
Yes	7	56	63
Row %	11,11 %	88,89 %	100,00 %
Col %	29,17 %	33,94 %	33,33 %
No	17	109	126
Row %	13,49 %	86,51 %	100,00 %
Col %	70,83 %	66,06 %	66,67 %
Total	24	165	189
Row %	12,70 %	87,30 %	100,00 %
Col %	100,00 %	100,00 %	100,00 %

	Point	95% Confidence Interval	
	Estimate	Lower	Upper
PARAMETERS: Odds-based			
Odds Ratio (cross product)	0,8015	0,3139	2,0463 (T)
Odds Ratio (MLE)	0,8024	0,2947	2,0197 (M)
		0,2651	2,1852 (F)

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Regresión logística

Outcome variable:DIARREA

Term	Odds Ratio	95% C.I.	Coefficient	S.E.	Z-Statistic	P-Value
ALCOHOL (Yes/No)	0,9894	0,4290 2,2817	-0,0107	0,4264	-0,0251	0,9800
ALERGIA ALIMENTARIA (Yes/No)	0,6565	0,3019 1,4278	-0,4208	0,3964	-1,0615	0,2885
CARBOHIDRATOS EN DIETA (Yes/No)	1,1427	0,5386 2,4242	0,1334	0,3837	0,3477	0,7281
CASA PROPIA (Yes/No)	0,7397	0,3830 1,4286	-0,3015	0,3358	-0,8977	0,3693
EJERCICIO FÍSICO (Yes/No)	1,5788	0,7578 3,2895	0,4567	0,3745	1,2194	0,2227
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (Yes/No)	0,8230	0,3981 1,7014	-0,1948	0,3706	-0,5258	0,5990
FIBRAYAGUA (Yes/No)	1,0593	0,5425 2,0684	0,0576	0,3414	0,1687	0,8661
GRASAS EN DIETA (Yes/No)	0,6294	0,3207 1,2350	-0,4630	0,3439	-1,3462	0,1782
REDES DE APOYO SUFICIENTES (Yes/No)	0,4636	0,2316 0,9280	-0,7687	0,3541	-2,1710	0,0299
RESIDENCIA (Yes/No)	1,2466	0,5643 2,7537	0,2204	0,4044	0,5450	0,5858
TABACO (Yes/No)	1,3533	0,6323 2,8968	0,3026	0,3883	0,7793	0,4358
TRABAJO ESTABLE (Yes/No)	0,8074	0,4174 1,5619	-0,2139	0,3367	-0,6354	0,5252
TRAUMA EN LA INFANCIA (Yes/No)	1,2018	0,5985 2,4134	0,1838	0,3557	0,5168	0,6053
CONSTANTE	*	* *	-0,0351	0,5403	-0,0649	0,9483

Convergence:	Converged
Iterations:	4
Final -2*Log-Likelihood:	230,2950
Cases Included:	189

Test	Statistic	D.F.	P-Value
Score	11,4762	13	0,5710

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Likelihood Ratio	11,6699	13	0,5549
------------------	---------	----	--------

Regresión logística

Outcome variable: ESTREÑIMIENTO

Term	Odds Ratio	95% C.I.	Coefficient	S.E.	Z-Statistic	P-Value
ALCOHOL (Yes/No)	0,6340	0,2672 1,5047	-0,4556	0,4410	-1,0333	0,3015
ALERGIA ALIMENTARIA (Yes/No)	1,8425	0,8605 3,9449	0,6111	0,3884	1,5733	0,1157
CARBOHIDRATOS EN DIETA (Yes/No)	1,2068	0,5653 2,5764	0,1880	0,3869	0,4858	0,6271
CASA PROPIA (Yes/No)	1,7512	0,8966 3,4202	0,5603	0,3415	1,6404	0,1009
EJERCICIO FÍSICO (Yes/No)	0,7196	0,3362 1,5400	-0,3291	0,3882	-0,8477	0,3966
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (Yes/No)	1,0451	0,4976 2,1952	0,0441	0,3787	0,1165	0,9072
FIBRA Y AGUA (Yes/No)	0,9273	0,4684 1,8356	-0,0755	0,3484	-0,2167	0,8285
GRASAS EN DIETA (Yes/No)	1,3427	0,6902 2,6122	0,2947	0,3395	0,8680	0,3854
REDES DE APOYO SUFICIENTES (Yes/No)	2,0577	0,9865 4,2924	0,7216	0,3751	1,9236	0,0544
RESIDENCIA (Yes/No)	0,8579	0,3728 1,9742	-0,1532	0,4252	-0,3604	0,7186
TABACO (Yes/No)	0,7079	0,3247 1,5435	-0,3455	0,3977	-0,8687	0,3850
TRABAJESTABLE (Yes/No)	0,8275	0,4268 1,6045	-0,1894	0,3379	-0,5605	0,5752
TRAUMA EN LA INFANCIA (Yes/No)	0,8426	0,4085 1,7382	-0,1713	0,3694	-0,4636	0,6430
CONSTANTE	*	* *	-1,4142	0,5831	-2,4254	0,0153

Convergence:	Converged
Iterations:	4
Final -2*Log-Likelihood:	226,6378
Cases Included:	189

Test	Statistic	D.F.	P-Value
Score	14,6956	13	0,3267
Likelihood Ratio	15,3271	13	0,2874

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Regresión logística

Outcome variable: INDEFINIDO

Term	Odds Ratio	95% C.I.	Coefficient	S.E.	Z-Statistic	P-Value
ALCOHOL (Yes/No)	0,5232	0,1541 1,7759	-0,6478	0,6235	-1,0389	0,2989
ALERGIAALIMENTARIA (Yes/No)	0,3542	0,0885 1,4181	-1,0379	0,7078	-1,4665	0,1425
CARBOHIDRATOS EN DIETA (Yes/No)	0,9976	0,3190 3,1201	-0,0024	0,5818	-0,0042	0,9967
CASA PROPIA (Yes/No)	0,5791	0,2202 1,5230	-0,5463	0,4934	-1,1073	0,2682
EJERCICIO FÍSICO (Yes/No)	0,2874	0,0721 1,1460	-1,2469	0,7057	-1,7669	0,0772
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (Yes/No)	1,1628	0,4127 3,2762	0,1508	0,5285	0,2854	0,7753
FIBRAYAGUA (Yes/No)	0,9654	0,3664 2,5438	-0,0352	0,4943	-0,0713	0,9432
GRASA SEN DIETA (Yes/No)	1,4677	0,5563 3,8726	0,3837	0,4950	0,7751	0,4383
REDES DE APOYO SUFICIENTES (Yes/No)	1,0336	0,3667 2,9137	0,0331	0,5288	0,0625	0,9501
RESIDENCIA (Yes/No)	0,9578	0,3058 2,9996	-0,0432	0,5825	-0,0741	0,9409
TABACO (Yes/No)	3,2439	1,1142 9,4439	1,1768	0,5452	2,1584	0,0309
TRABAJO ESTABLE (Yes/No)	1,6881	0,6509 4,3777	0,5236	0,4862	1,0769	0,2815
TRAUMA EN LA INFANCIA (Yes/No)	0,7486	0,2625 2,1351	-0,2896	0,5347	-0,5415	0,5882
CONSTANTE	*	* *	-1,9205	0,8156	-2,3547	0,0185

Convergence:	Converged
Iterations:	5
Final -2*Log-Likelihood:	130,1095
Cases Included:	189

Test	Statistic	D.F.	P-Value
Score	12,5723	13	0,4814
Likelihood Ratio	13,7623	13	0,3908

Regresión logística

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Outcome variable: MIXTO

Term	Odds Ratio	95% C.I.	Coefficient	S.E.	Z-Statistic	P-Value
ALCOHOL (Yes/No)	2,4132	0,9458 6,1570	0,8809	0,4779	1,8434	0,0653
ALERGIA ALIMENTARIA (Yes/No)	1,2806	0,5326 3,0795	0,2474	0,4477	0,5525	0,5806
CARBOHIDRATOS EN DIETA (Yes/No)	0,5759	0,2500 1,3266	-0,5519	0,4258	-1,2961	0,1949
CASA PROPIA (Yes/No)	1,0610	0,4845 2,3237	0,0592	0,4000	0,1480	0,8823
EJERCICIO FÍSICO (Yes/No)	1,5049	0,6385 3,5470	0,4087	0,4374	0,9344	0,3501
ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (Yes/No)	1,1747	0,4939 2,7936	0,1610	0,4420	0,3642	0,7157
FIBRAY AGUA (Yes/No)	0,9556	0,4299 2,1240	-0,0454	0,4075	-0,1115	0,9112
GRASAS EN DIETA (Yes/No)	1,0606	0,4785 2,3512	0,0589	0,4061	0,1450	0,8847
REDES DE APOYO SUFICIENTES (Yes/No)	1,1052	0,4843 2,5220	0,1000	0,4209	0,2377	0,8121
RESIDENCIA (Yes/No)	0,9459	0,3649 2,4519	-0,0556	0,4859	-0,1144	0,9089
TABACO (Yes/No)	0,4680	0,1784 1,2276	-0,7593	0,4920	-1,5432	0,1228
TRABAJO ESTABLE (Yes/No)	1,2260	0,5671 2,6502	0,2038	0,3933	0,5180	0,6044
TRAUMAENLAINFANCIA (Yes/No)	1,1568	0,4977 2,6887	0,1457	0,4303	0,3386	0,7349
CONSTANTE	*	* *	-1,5141	0,6415	-2,3602	0,0183

Convergence:	Converged
Iterations:	4
Final -2*Log-Likelihood:	179,4376
Cases Included:	189

Test	Statistic	D.F.	P-Value
Score	7,5877	13	0,8694
Likelihood Ratio	7,4752	13	0,8760