

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO
DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES
ADULTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD
COTAHUASI. AREQUIPA, 2022.**

Tesis presentada por la Bachiller:

Rios Bellido, Julisa Daniela

Para optar el título profesional de

Médica Cirujana

Asesora:

Dra. Montesinos Valencia, Lily

Eufemia

**Arequipa - Perú
2023**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 22 de Julio del 2023

Dictamen: 008773-C-EPMH-2023

Visto el borrador del expediente 008773, presentado por:

2015801622 - RIOS BELLIDO JULISA DANIELA

Titulado:

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO
IRRITABLE EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD
COTAHUASI. AREQUIPA, 2022.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29201961 - PORTUGAL CHAVEZ JACQUELINE MARIA
DICTAMINADOR**



**29227745 - JOVE OBLITAS WALKER DEL CID
DICTAMINADOR**

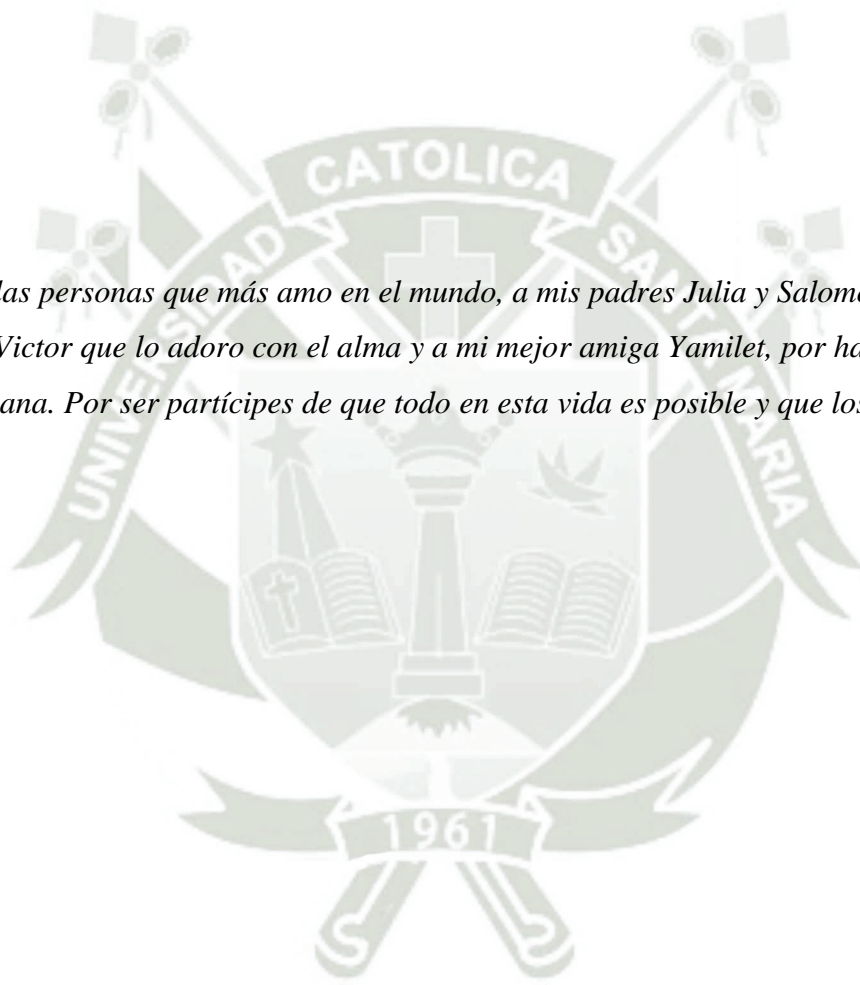


**42671615 - CARPIO CARPIO JOSE MIGUEL
DICTAMINADOR**



Dedicatoria

A las personas que más amo en el mundo, a mis padres Julia y Salomón, a mi hermano cochino Victor que lo adoro con el alma y a mi mejor amiga Yamilet, por haber sido más que una hermana. Por ser partícipes de que todo en esta vida es posible y que los sueños se hacen tangibles.



Agradecimiento

A mi familia, a mi mamá grande Irma, a mis tíos Marita y Eloy por recibirme con amor y cariño en nuestra casa Tomepampa, pueblo del cañón de Cotahuasi donde realicé mi internado médico comunitario y donde desarrollé mi presente trabajo de investigación. Al Centro de Salud Cotahuasi por abrirme sus puertas y permitirme atender a sus pacientes, a todos los profesionales de la salud de aquí, que siempre me recibieron como familia, por su amistad, por su guía y apoyo. Y finalmente a mis amigas de la universidad y del internado, ya que su compañerismo me permitió superar lo grandes retos de nuestra carrera médica.

RESUMEN

El síndrome de intestino irritable es una condición crónica caracterizado por dolor y/o molestias abdominales asociados a la defecación y/o alteración de los patrones defecatorios. En los últimos años se ha estudiado su fisiopatología que no llega a ser muy clara del todo, tales como las alteraciones en la motilidad intestinal, alteración de la microbiota e inflamación debido a post infecciones gastrointestinales, agregando el factor genético y la comorbilidad psicopatológica. El estudio de los factores de riesgo y los estilos de vida relacionados han ido variando con el tiempo, así mismo, estos difieren de acuerdo con el contexto cultural y geográfico de las poblaciones. El presente estudio, tiene como objetivo determinar los factores de riesgo de la población atendida en el centro de salud de primer nivel I.4 en el distrito de Cotahuasi, de la provincia de la Unión, en el departamento de Arequipa y su relación con el diagnóstico clínico según criterios de Roma IV a través de un estudio tipo descriptivo correlacional y retrospectivo. En el cual, se hace selección de 115 pacientes con factores de riesgo relacionados al síndrome de intestino irritable divididos en dos grupos; pacientes que cuentan con criterios de Roma IV y los que no cuentan con criterios diagnósticos para SII mediante técnica de análisis documental y de contenido de la anamnesis y examen físico de historias clínicas. Del mismo modo, se recolectó datos asociados a los factores de riesgo como la edad, el sexo, antecedentes de infección gastrointestinal, antecedentes de patología abdominal, y antecedente de comorbilidad psicopatológica con énfasis en ansiedad y depresión según cuestionario SRQ-18. Se obtuvo que los pacientes con criterios diagnósticos de Roma IV tuvieron un predominio del sexo femenino. Mediante la prueba de chi cuadrado, el factor de riesgo de antecedente de infección gastrointestinal, y gastritis con presentación aguda o crónica estuvieron asociados significativamente al diagnóstico clínico por criterios de Roma IV para SII ($p=0.001$). En el factor de comorbilidad psicopatológica se encontró asociado significativamente con los trastornos de ansiedad ($p=0.001$) y depresión ($p=0.001$). Se halló además, una asociación significativa con otros factores psicopatológicos; como factores de estrés que afectan al individuo y el hogar ($p=0.001$). Finalmente, el factor edad estuvo asociado significativamente ($p=0.048$) teniendo un aumento de casos a partir de los 25 años y siendo predominante en el grupo de edad 46-55 años.

Palabras clave: Factores de riesgo, síndrome de intestino irritable, diagnóstico clínico.

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome is a chronic condition characterized by abdominal pain and/or discomfort associated with defecation and/or altered defecation patterns. In recent years, its pathophysiology has been studied. It is still not entirely clear, and hypotheses for causes include alterations in intestinal motility, microbiota alteration and inflammation due to gastrointestinal post-infections, adding genetic factors and psychopathological comorbidity. The study of risk factors and related lifestyles have varied over time, likewise, these differ according to the cultural and geographical context of the populations.

It is necessary to study the risk factors for a more premature diagnosis and prevention of the disease and/or severity of this syndrome. The objective of this study is to determine the risk factors of the population which attended the first level health center (I.4) in the Cotahuasi's district. This district is in the La Unión province, in the Arequipa department. This study examined relationships with the clinical diagnosis, according to the Rome IV criteria through a descriptive, correlational, and retrospective study. A selection of 115 patients with risk factors related to irritable bowel syndrome were divided into two groups: patients who have the Rome IV criteria and those who do not have diagnostic criteria for IBS. To do so, analysis of the content, of the anamnesis, and of physical examination of medical records was used. In the same way, data associated with risk factors such as age, sex, history of gastrointestinal infection, history of abdominal pathology, and history of psychopathological comorbidity were also examined. A special emphasis on anxiety and depression was placed according to the SRQ-18 questionnaire. It was found that patients with Rome IV diagnostic criteria were predominantly females. Using the chi-square test, the risk factor of a history of gastrointestinal infection and gastritis with acute or chronic presentation were significantly associated with the clinical diagnosis by Rome IV criteria for IBS ($p=0.001$). In the psychopathological comorbidity factor, it was found to be significantly associated with anxiety disorders ($p=0.001$) and depression ($p=0.001$). In addition, a significant association with other psychopathological factors was found; as stress factors that affect the individual and the home ($p=0.001$). Finally, the age factor was significantly associated ($p=0.048$) with an increase in cases from the age of 25 and being predominant in the age group 46-55 years.

Keywords: Risk factors, irritable bowel syndrome, clinical diagnosis.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I.....	2
1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1.1.ENUNCIADO DEL PROBLEMA	2
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	4
2. OBJETIVOS.....	5
2.1.Objetivo general	5
2.2.Objetivos específicos	5
3. MARCO TEORICO	6
3.1. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)	6
3.1.1 Fisiopatología	6
3.1.2 Diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable	7
3.2 Factores de riesgo	8
CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	16
METODOLOGÍA	16
4. CAMPO DE VERIFICACION.....	16
4.1. Ubicación espacial	16
4.2. Ubicación temporal	16
4.3. Unidades de estudio.....	16
4.3.2.1. Criterios de inclusión	16
4.3.2.2. Criterios de exclusión.....	17
5. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION.	17
5.1. Técnicas	17
5.2. Instrumentos.....	18
6. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS	19
6.1. Organización.....	19
3.2. Recursos	19
3.3. Validación de instrumentos.....	19
CAPITULO III.....	20
5. RESULTADOS.....	20
6. DISCUSIÓN.....	38
7. LIMITACIONES	43
8. CONCLUSIONES.....	43
10. REFERENCIAS	45

11. ANEXOS.....	49
ANEXO N°1: MATRIZ BASE DE DATOS	49
.....	51
ANEXO N°2: CUESTIONARIO SRQ-18 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	51
ANEXO N°2: CONTINUACIÓN CUESTIONARIO SRQ-18.	52
ANEXO N°3: CUESTIONARIO TELEFÓNICO PARA PACIENTES CON DATOS INSUFICIENTES EN HISTORIA CLÍNICA.	53



INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Operacionalización de variables	1
Tabla 2	Sexo	21
Tabla 3	Edad	21
Tabla 4	Etnia	22
Tabla 5	Diagnóstico de SII	23
	Número de veces de antecedente de Infección	
Tabla 6	Gastrointestinal	24
Tabla 7	Gastritis Aguda y/o crónica	24
Tabla 8	Litiasis Vesicular	25
Tabla 9	Apendicitis	26
Tabla 10	Ansiedad	26
Tabla 11	Depresión	27
Tabla 12	Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos	28
Tabla 13	Diagnóstico de SII según el sexo	29
Tabla 14	Infección gastrointestinal	30
Tabla 15	Gastritis aguda y/o crónica	31
Tabla 16	Litiasis vesicular	32
Tabla 17	Apendicitis	33
Tabla 18	Ansiedad	33
Tabla 19	Depresión	34
Tabla 20	Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos	35
Tabla 21	Edad	36

INDICE DE FIGURAS

Figura 1	Sexo	21
Figura 2	Edad	22
Figura 3	Etnia	22
Figura 4	Diagnóstico de SII Número de veces de antecedente de Infección	23
Figura 5	Gastrointestinal	24
Figura 6	Litiasis Vesicular	25
Figura 7	Apendicitis	26
Figura 8	Ansiedad	27
Figura 9	Depresión	28
Figura 10	Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos	29
Figura 11	Diagnóstico de SII según el sexo	30
Figura 12	Infección gástrica	31
Figura 13	Gastritis aguda y/o crónica	32
Figura 14	Ansiedad	34
Figura 15	Depresión	35
Figura 16	Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos	36
Figura 17	Edad	37

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable es una de las alteraciones gastrointestinales cuya causa es funcional, caracterizados por cuadros sintomáticos del tracto gastrointestinal que inciden de forma crónica, sin mostrar una explicación orgánica y/o bioquímica (1).

Según algunos estudios, se aceptan como factores de riesgo del síndrome de intestino irritable al sexo femenino, luego el factor genético según etnia; un factor aún en estudio, en el cual no tendría significancia en algunos países (2). La alimentación también sería un factor predominante, ya que una dieta regular en alto consumo de grasas, carbohidratos condimentos, gluten, ciertos tipos de fibra o azúcar pueden derivar a la agravación del cuadro del síndrome de intestino irritable y a la concomitancia de otros cuadros como la gastritis, apendicitis o cólicos vesiculares asociados a litiasis que a largo plazo lleva también a un ensordecimiento al diagnóstico del síndrome de intestino irritable. Además, la comorbilidad psicológica, siendo predominantes los trastornos de ansiedad y depresión. Por último, se ve la teoría del síndrome de intestino irritable post infección, siendo un factor de alta tendencia debido a las infecciones gastrointestinales⁸⁹, ya sea de origen bacteriano, viral o parasitario (3). Es necesario señalar que el Perú es uno de los países con mayor incidencia de síndrome de intestino irritable, representando hasta el 25% de las atenciones en los establecimientos de salud, según informa la Dra. Margarita Hung, especialista en Gastroenterología del Hospital 2 de Mayo, en la página del MINSA (4). En la región de Cotahuasi de la provincia de La Unión en Arequipa se registra en la población una alta recurrencia de infecciones gastrointestinales, en comparación de otras provincias de Arequipa; esto debido por diversos factores como la disponibilidad de agua segura y las minerías circundantes (5).

Si bien es cierto estos cuadros sintomáticos abdominales son detectables con frecuencia como dispepsias o estreñimientos funcionales, además de gastritis agudas recurrentes y gastritis crónicas. Es necesario reevaluar el diagnóstico y los factores de riesgo que puede tener una población con características variables según su etnia, y ubicación geográfica en donde se desenvuelven, cuyos determinantes biopsicosociales nos guían de manera que un individuo con factores de riesgo relacionados al síndrome de intestino irritable pueda tener un mejor tratamiento y entendimiento en la consulta médica. Entonces, para todo ello el objetivo del presente estudio será el de identificar estos factores de riesgo en los jóvenes y adultos que acudieron al servicio de medicina del centro de salud Cotahuasi.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1. Enunciado del problema

Factores de riesgo asociados al diagnóstico clínico del síndrome de intestino irritable en pacientes adultos del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi. Arequipa, 2022.

a. Área de intervención de conocimiento

Área general: Ciencias de la salud.

Área específica: Medicina humana.

Especialidad: Gastroenterología.

Línea: Enfermedad digestiva funcional.

b. Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Instrumento
Factores de riesgo	1. Antecedente de infección gastrointestinal.	1. Infección gastrointestinal. a. Sí o No. b. Número de veces.	Historia clínica (anamnesis), base de datos de estadística.
	2. Antecedente de patología abdominal.	Patología abdominal a. Gastritis aguda o crónica. b. Litiasis vesicular con o sin colecistitis. c. Apendicitis.	Historia clínica (anamnesis), base datos de estadística.
	1. Comorbilidad Psicopatológica.	4. Comorbilidad psicopatológica a. Ansiedad. b. Depresión. c. Otros problemas.	Cuestionario SRQ-18 de ansiedad y depresión registrado en Historia clínica (anamnesis).
	Edad, sexo y etnia.	4. Sexo femenino y masculino. 5. Etnia mestiza.	Historia clínica, base de datos de estadística.

<p>Diagnóstico de Síndrome de intestino irritable SII</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Criterios de Roma IV. - Diagnóstico de SII registrado en historia clínica. 		<p>Historia clínica (anamnesis), base de datos de estadística. Cuestionario telefónico (adyuvante)</p>
--	---	--	--

c. Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y el diagnóstico clínico del síndrome del intestino irritable en pacientes adultos del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en Arequipa al 2022?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo del síndrome del intestino irritable en pacientes jóvenes y adultos del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en Arequipa al 2022?
3. ¿Cuáles son las comorbilidades psicopatológicas del síndrome de intestino irritable en los pacientes adultos y jóvenes del servicio de medicina del centro de Salud Cotahuasi en Arequipa?
4. ¿Cuáles son los antecedentes de infección gastrointestinal del síndrome del intestino irritable en pacientes del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en Arequipa?

d. Tipo de investigación

El presente estudio posee un diseño no experimental puesto que no se manipulará ninguna de las variables en estudio. Es de tipo observacional analítico correlacional y corte retrospectivo, pues se pretende mostrar la existencia de una relación entre las variables de estudio y se recopilará la información mediante la observación y análisis de la historia clínica del paciente atendido en el servicio de Medicina del Centro de Salud Cotahuasi (Hernández, 2016).

1.2. Descripción del problema

El síndrome intestino irritable es una de las condiciones crónicas más comunes a nivel global, y una de las más incomprendidas debido su fisiopatología poco clara a la fecha, lo que deriva a ser un diagnóstico desapercibido en el primer nivel de atención provocando un aumento de demanda y gasto de atenciones por el mismo cuadro, además de

consecuencias en el bienestar del paciente que afectan su cotidianeidad. Estos pueden ser debido al escaso conocimiento sobre el diagnóstico clínico, además de los factores de riesgo asociados.

Los pacientes del servicio de medicina del centro de salud Cotahuasi, se caracterizan por acudir a consulta con diversos problemas de salud de origen gastrointestinal y de manera reiterativa, siendo 468 de 3685 atenciones (el 12% aproximadamente) que se realizaron el año 2022 según base de datos del establecimiento en pacientes de entre 18 a 65 años, por diversos factores ya sea por disponibilidad de agua segura y otros factores medioambientales y de estilo de vida.

El objetivo general de la investigación ha sido determinar la relación entre los factores de riesgo y el diagnóstico clínico de los pacientes atendidos en el servicio de Medicina de este centro de salud Cotahuasi.

1.3. Justificación

Se espera que, con esta investigación se llegue a una mejor concientización y toma en cuenta de la enfermedad en procesos abdominales crónicos en la consulta médica. Para así llegar a una satisfacción y resolución del problema de salud del paciente, que lleve a un acudimiento menos recurrente del paciente al centro de salud. Para esto mismo también es necesario una mejor alfabetización sanitaria y consejería integral del paciente para el manejo de su trastorno funcional, para el mejoramiento continuo de su calidad de vida.

Así mismo, se espera el mayor conocimiento médico en el personal de salud sobre los factores del síndrome que será más acorde al área geográfica de la zona rural, específicamente de la región de la sierra, para un diagnóstico precoz y una atención primaria integral más consciente, tratando de disminuir el uso indiscriminado de pruebas diagnósticas complementarias.

Esto suma a la reducción de gastos en el diagnóstico y tratamiento que llegan a ser altos en caso de diagnósticos erróneos que llevan al paciente a acudir reiteradas veces por atención médica y tratamiento no eficaz.

El estudio de estos factores asociados al síndrome de intestino irritable en una población menor como la del sector de Cotahuasi, ayudará en el respaldo de otras teorías en poblaciones semejantes en cultura y geografía. Además de una mayor información en factores añadidos que habría que tomar en cuenta a largo plazo. Este estudio ayudará a extrapolar a otros grupos rurales con las mismas características, pudiendo así, aumentar la

complejidad de los estudios de este síndrome a futuro para un entendimiento más claro de este en su fisiopatología.

Finalmente, este trabajo de investigación además de; consolidar los conocimientos del método científico en el diagnóstico de las enfermedades durante la atención médica profesional hacia el paciente para su correcto diagnóstico y tratamiento, permitirá la adquisición de conocimientos y experiencia en el sector público, sus implicancias en la zona rural relacionándolo y profundizando en la rama de la gastroenterología la cual es muy compleja por la caja de pandora que representa para muchos médicos. Así como, en la obtención del título profesional de Medicina Humana.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la relación entre los factores de riesgo y el diagnóstico clínico del síndrome del intestino irritable en pacientes adultos del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en Arequipa al 2022.

2.2. Objetivos específicos

1. Establecer los factores de riesgo del síndrome del intestino irritable en pacientes adultos del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en Arequipa al 2022.
2. Reconocer las comorbilidades psicopatológicas del síndrome de intestino irritable en los pacientes adultos y jóvenes del servicio de medicina del centro de Salud Cotahuasi en Arequipa.
3. Distinguir los antecedentes de infección gastrointestinal del síndrome del intestino irritable en pacientes del servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en Arequipa.

3. MARCO TEORICO

3.1. Síndrome de intestino irritable (SII)

Es una patología abdominal dentro de las enfermedades por alteración intestinal funcional que se caracteriza por el dolor abdominal crónico de anomalías y de distensión en el patrón intestinal, durante un periodo de más de 3 meses, que se asocia a la alteración de los hábitos intestinales, dichos síntomas comprometen el funcionamiento diario y la calidad de vida de los pacientes; este síndrome es mejor entendido en los años recientes por la fisiopatología y fue relacionada con la hipersensibilidad visceral, la motilidad anormal, las anomalías psicosociales y la disfunción del eje cerebro – intestino, para lo cual se desarrolló abordajes terapéuticos para tratar a dichos pacientes, todo depende sus síntomas predominantes Ramírez & Villanueva(6).

Es un trastorno funcional de la motilidad intestinal que constituye un problema que compromete la calidad de vida que es manejada desde un punto de vista médico; se caracteriza por dolores recurrentes o un dolor abdominal asociado a cambios en el hábito de la eliminación por estreñimiento, diarrea o cambios en ambos, con algún cambio en la consistencia de las heces y sin contar con alguna evidencia de algún daño orgánico por ello el síndrome de intestino irritable se le considera como un trastorno funcional (González & De Ascencao, 2005) (7).

Es una enfermedad recidivante y crónica que se caracteriza por el dolor o un malestar que se da en el abdomen con algún cambio del hábito intestinal como el estreñimiento o la diarrea (Díaz et al., 2010) (8).

3.1.1 Fisiopatología

La fisiopatología no es muy clara, pero sí se ha desarrollado su fundamento a través de los años. Estudios con gemelos han demostrado que también hay una predisposición genética a desarrollar SII. Juntos a estos factores relacionados al origen de los síntomas, los factores centrales como la tolerancia al estrés, las conductas aprendidas, los rasgos de personalidad, como factores periféricos, como la hipersensibilidad visceral, las alteraciones en las respuestas motoras reflejas, alteraciones en el manejo del gas intestinal, alteraciones en las respuestas inmunes y permeabilidad, o más recientemente, alteraciones de la microbiota intestinal con una baja biodiversidad, se hallan presentes en los pacientes con SII y juegan un papel relevante en la generación de los síntomas (9).

3.1.2 Diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable

3.1.2.1 Criterios de Roma

El diagnóstico es el punto focal en la atención del paciente. Con el diagnóstico le damos nombre al malestar del enfermo, el pensamiento retrocede cronológicamente y decide acerca de su patogenia y etiología; por el diagnóstico el pensamiento se proyecta hacia adelante, preside el pronóstico y escoge la terapéutica. Sin embargo, el asunto de las enfermedades se ha complicado con los criterios diagnósticos y los estudios epidemiológicos, en auxilio de todos estos planteamientos, nos acostumbramos a indagar sobre la existencia de “síntomas o signos patognómicos” y hacer diagnósticos de certeza. Los primeros en divulgarse fueron los criterios mayores y menores de la fiebre reumática que sugirió Jones en 1944 y que se ha mantenido con muy pocas variaciones hasta nuestros días. Se basa en que como no existe ninguna prueba diagnóstica segura de la enfermedad, estos resultan útiles con el objetivo de enmarcar a los pacientes como probables candidatos a este diagnóstico. Los síntomas y signos clínicos, más los hallazgos paraclínicos, que se incluyen en estos criterios, no son específicos, y se pueden observar en diversas afecciones, pero resultan útiles si se analizan en conjunto (Alfredo Espinoza, 2009) (10). Los criterios diagnósticos para las alteraciones funcionales gastrointestinales se iniciaron y fueron evolucionando desde el desarrollo inicial de Manning y colaboradores en 1978 basado en los síntomas. Se desarrollaron entonces los criterios de Roma I dictados en Italia por la Revista Gastroenterológica Internacional en 1989 y posteriormente los de Roma II. Estos dos últimos eran criterios muy estrictos con el fin de hacer un diagnóstico clínico y evitar exámenes complementarios por descarte. Esto tuvo como consecuencia que no se usaran de forma cotidiana en el ejercicio médico. Luego con respecto a los criterios de Roma III, se hizo revisión de esta ya que la sintomatología del cuadro era más comprendida, por lo cual salieron los criterios de Roma IV, se hicieron cambios en el término sintomatológico de “molestia o disconfort”, ya que existía ambigüedad en el término según la traducción en el país en donde se evalúe. Además de cambios en la frecuencia de dolor abdominal que debía ser al menos tres veces por mes en caso de los de Roma III, y en los actuales criterios de Roma IV, el mínimo requerido es de al menos una vez a la semana. Por último, el dolor abdominal se cambió de “mejoría con la defecación” a “relacionado con la defecación”(Noemi Uehara, 2021) (11).

3.1.2.2 Criterios de Roma IV

Vienen a ser los criterios de Roma publicados el año 2016, lo más recientes y actualizados a la fecha para los trastornos funcionales digestivos, en los cuales se encuentran los trastornos del esófago, trastornos gastroduodenales, trastornos intestinales, trastornos de origen central del dolor abdominal, trastornos biliares y del esfínter de Oddi, y trastornos anorectales. El SII forma parte de los trastornos intestinales que afectan tanto el intestino delgado como el intestino grueso.

Dolor abdominal recurrente con una media de al menos una vez a la semana durante los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de los siguientes criterios:

- Relacionado con la defecación.
- Asociado a un cambio en la frecuencia de las deposiciones.
- Asociado a un cambio en la forma (aparición) de las heces según escala de Bristol.

Además de un debut de inicio de los síntomas de al menos 6 meses (9).

El SII se clasifica en subtipos según el síntoma predominante: constipación (SII-C), diarrea (SII-D) y mixto (SII-M). Aquellos que no pudieran categorizarse en forma precisa como del subtipo diarrea, constipación o mixto, se categorizan como inclasificables (SII-I).

El diagnóstico del SII no se realiza a través de pruebas específicas ni anomalías estructurales, además de estar asociados resultados normales de pruebas diagnósticas endoscópicas, sino mediante criterios sintomáticos clínicos cuya última versión son los criterios de Roma IV (11).

3.2 Factores de riesgo

Se encuentran localizados en las familias, en los individuos, en el ambiente y en las comunidades, se aumentan sus efectos aislados cuando se interrelacionan; cuando un bebé tiene bajo peso al nacer, incide en el analfabetismo, la desnutrición, la pobreza y las enfermedades intercurrentes; a su vez, un factor de riesgo puede ser específico de uno o diversos daños y puede incidir para un mismo daño como el sedentarismo, la obesidad, la hiperlipidemia, el hábito de no fumar contribuyen a la aparición de Cardiopatía Isquémica (Senado, 1999) (12).

Su importancia radica en el que la identificación ayudará a establecer medidas de control y estrategias en los individuos que no sufren la enfermedad como una prevención primaria, o cuando se reducen o previenen las recidivas (Martínez & Irimia, 2000) (13).

3.2.1. Factores de riesgo del síndrome de intestino irritable

Los factores de riesgo para el síndrome de intestino irritable van de la mano entender la patofisiología que es compleja y no e incompletamente entendida. Los potenciales factores de riesgo incluyen, la genética, la dieta, desórdenes en la microbiota intestinal, infección gastrointestinal y factores psicológicos, todo lo cual puede ejercer influencia sobre el eje bidireccional cerebro-intestino. Sin embargo, el SII postinfeccioso es el único ejemplo en el que se ha identificado un factor causal claro (Black, CJ and Ford, 2020)(14). Son la edad temprana, la angustia psicológica que se da antes o durante la gastroenteritis, el sexo femenino y la gravedad del episodio agudo (Sebastián, 2021) (15).

Según Sebastián (2021) indica las siguientes características del Síndrome de Intestino Irritable (SII).

Prevalece el Síndrome de Intestino Irritable significativamente mayor en las mujeres que en los varones y es menor en los individuos de 50 años o más que en las personas menores de 50 años.

El más de riesgo más reconocido es la infección entérica aguda previa, bacteriana protozoaria o vírica, que es la situación que se conoce como SII post – infeccioso (SII- PI) y siendo el mejor pronóstico posible.

3.2.2. Comorbilidad psicológica.

3.2.2.1 Ansiedad

Es un fenómeno paradigmático, que proviene del latín *anxietas* que quiere decir, estado de inquietud, zozobra del ánimo o agitación; a su vez alude a la ausencia o la presencia de un estímulo en específico, caracterizándose por la anticipación del peligro de la ausencia del miedo y es considerada a la ansiedad como una estructura patológica del miedo (Díaz & De la Iglesia, 2019) (8).

Es una de las experiencias más universales de la especie humana y un problema en la que el hombre reflexiona tratando de dar una explicación, siendo tarea de la psiquiatría y de la sociología, la biología, la filosofía, la religión y el arte, la ansiedad ha sido abordado desde diferentes perspectivas (González, 1993) (7).

Es considerada como una respuesta emocional paradigmáticamente, que ayudó a la investigación aplicada y básica en el campo de las emociones de manera general,, en la ansiedad predomina el peligro inminente, la sensación de catástrofe y los síntomas psíquicos, tratando de encontrar alguna situación al peligro, siendo la ansiedad un

fenómeno que se percibe con gran nitidez y es un constructo que ha ido evolucionando y ajustándose a los cambios teóricos y aportaciones tanto experimentales como líneas más aplicadas (Casado, 1994) (16).

3.2.2.2. Depresión

Es la principal razón del deterioro en el bienestar psicológico en el mundo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que es la principal causa en la salud mental y que afecta a 121 millones de personas en el mundo, desde el punto de vista conductual, al depresión es la consecuencia de la no contingencia entre el refuerzo y la conducta; así como también la falta de esfuerzo; mientras, que la teoría cognitiva entiende a la depresión como el resultado de los pensamientos inadecuados, que distorsiona a una persona de manera negativa (Álvaro et al., 2010)(17).

3.2.3. Antecedentes de enfermedad gastroenterológica

3.1.4.1. Gastritis

La gastritis es la inflamación que se da de manera microscópica de la mucosa gástrica, se le conoce como endoscópicas o radiológicas variadas, los pacientes que padecen esta enfermedad correlacionan muy poco con los síntomas, hallazgos histológicos y endoscópicos; para su diagnóstico se requiere la realización de diferentes biopsias, se debe a las causas autoinmunes e infecciosas, también a reacciones de hipersensibilidad o a los fármacos (Angós, 2016)(18).

La enfermedad inflamatoria gástrica se clasifica en dos subgrupos: la gastropatía y la gastritis, siendo este último un concepto anatomopatológico, se da la presencia de la inflamación de la mucosa y la gastropatía es el daño de la mucosa gástrica, sin tener inflamación microscópica o siendo una mínima; las causas más comunes de la gastritis son la atrófica, la gastropatía y la infestación por helicobacter pylori (Saura et al., 2020)(19).

3.1.4.2 Infección Gastrointestinal

La infección se define como la presencia y multiplicación de un microorganismo en los tejidos del huésped; representa la interacción del agente patógeno (y sus factores de virulencia) con el huésped. La enfermedad infecciosa es la expresión clínica del proceso infeccioso, traduciendo en signos y síntomas tanto el daño causado por el agente infeccioso como el resultante de inflamación resultante (20).

Las infecciones gastrointestinales o llamadas también enfermedad diarreica aguda es definido por la presencia de evacuación de heces blandas o acuosas, por lo general al menos tres veces en un periodo de 24 horas. Refleja un mayor contenido de agua en las heces, debido a una absorción deficiente de agua y/o una secreción activa de agua por parte del intestino. Esta puede ser aguda, con menos de 14 días de duración, diarrea persistente más de 14 días y menos de 30 días, y crónica más de 30 días de duración. La mayoría de casos la diarrea aguda suele ser autolimitada. Las principales causas de diarrea infecciosa aguda incluyen virus (norovirus, rotavirus, adenovirus, astrovirus y otros), bacterias (Salmonella, Campylobacter, Shigella, Escherichia coli enterotoxigénica, Clostridioides difficile y otros) y protozoos (Cryptosporidium, Giardia, Cyclospora, Entamoeba y otros). (21)

Diversos estudios han demostrado que el 10% de los pacientes que sufren de una gastroenteritis aguda, desarrollan un SII. Es frecuentemente identificado como un factor de riesgo para desarrollar SII, conocido como SII-postinfección, en el cual generalmente los pacientes experimentan heces más sueltas y frecuentes en lugar de estreñimiento. Se determinó en estudios anteriores que una cuarta parte de las personas con gastroenteritis infecciosa reportó persistencia de síntomas intestinales 6 meses después de su episodio infeccioso, con 1 de cada 14 personas. Las bacterias implicadas en la postinfección del SII, se incluyen el Campylobacter Jejuni, E. Coli, y Salmonella enterica, y también Clostridioides difficile y Vibrio cholerae. También se demostró infección por norovirus y parasitosis por Giardia lamblia. (14).

3.1.4.2. Otras patologías agudas causantes de dolor abdominal

3.1.4.2.1 Apendicitis

La causa de apendicitis suele ser una obstrucción de la luz apendicular. Esto puede ser a partir de un apendicolito (piedra del apéndice) o algunas otras etiologías mecánicas. Los tumores apendiculares como los tumores carcinoides, el adenocarcinoma apendicular, los parásitos intestinales y el tejido linfático hipertrofiado son causas conocidas de obstrucción apendicular y apendicitis. La hiperplasia linfoide es esencial, esto se da como resultado de inflamación, isquemia localizada, perforación y el desarrollo de un absceso contenido o una perforación franca con peritonitis resultante. Esta obstrucción puede ser causada por

hiperpasia linfoide, infecciones (parásitos), fecalitos o tumores benignos o malignos. Cuando una obstrucción es la causa de la apendicitis, conduce a un aumento de la presión intraluminal e intramural, lo que resulta en la oclusión de pequeños vasos y estasis linfática. Los organismos comunes incluyen *Escherichia coli*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides* y *Pseudomonas*. Suele ser un proceso agudo, sin embargo también puede presentarse como una afección más crónica (Mark W. Jones, 2023)(22).

3.1.4.2.1.1. Litiasis vesicular

Los cálculos biliares o colelitiasis son piedras que se forman en la vesícula biliar compuestas de colesterol, bilirrubina y bilis. Estos cálculos son asintomáticos en la mayoría de los casos, y los cálculos se descubren de manera incidental. Los pacientes sintomáticos se presentan con dolor abdominal superior derecho después de comer alimentos grasos o picantes, náuseas, vómitos, dolor en el epigastrio que se irradia a la escápula derecha o a la parte media de la espalda. Es tanto un resultado de un proceso de enfermedad crónica como la causa de trastornos agudos subsiguientes del tracto pancreático, biliar, hepático, y gastrointestinal. Los cálculos biliares generalmente se forman por el vaciamiento lento de la bilis de la vesícula biliar. Cuando la bilis no se drena por completo de la vesícula biliar, puede precipitarse como barro, que a su vez puede convertirse en cálculos biliares. La obstrucción biliar por diversas causas, como estenosis en el conducto biliar o neoplasias, también puede provocar cálculos biliares. La causa más común de colelitiasis es la precipitación del colesterol de la bilis rica en colesterol. La segunda forma más común de cálculos biliares son los cálculos biliares pigmentados. Estos se forman a partir de la descomposición de los glóbulos rojos y son negros. El tercer tipo de cálculos biliares son los cálculos mixtos pigmentados, una combinación de sustratos de calcio como carbonato de calcio o fosfato de calcio, colesterol y bilis. El cuarto tipo de piedra son las piedras de calcio. Estos pueden deberse a la precipitación del calcio sérico en pacientes con hipercalcemia. Dentro de sus factores de riesgo está el embarazo (por disminución de la contractilidad de la vesícula biliar), obesidad, genética, medicamentos (estrógenos, fibratos, análogos de somatostatina), estenosis de la vesícula biliar, género femenino, síndrome metabólico, pérdida de peso rápida, ayuno prolongado, cirugía bariátrica enfermedad de Crohn, y resección ileal (Mark W. Jones, 2023) (23)

3.1.5. Pobladores de zonas rurales

El poblado rural es considerado por el INEI para fines operativos de los censos, como área rural o centro poblado rural, aquel que no tiene más de 100 viviendas agrupadas contiguamente ni es capital de distrito; o que, teniendo más de 100 viviendas, éstas se encuentran dispersas o diseminadas sin formar bloques o núcleos. El área rural conformado por centros poblados con menos de 2 mil habitantes, con una general característica principal de tener viviendas dispersas. (17). El distrito de Cotahuasi concentra una población total de 2,190 habitantes según datos del 2017; los cuales se caracterizan por estar conformado por un 74.9% de población urbana y un 25.1% de rural. De la misma manera, con respecto a la distribución de grupos etarios, se puede identificar que la población menor a 14 años es la predominante (población muy joven), con 859 personas, quienes representan el 29.3% del total. Es importante precisar que, el presente estudio sólo fue aplicado para el ámbito urbano (24).

3.2. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

J. Black (2020). Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors, Nature Reviews. Gastroenterology & Hepatology. Gastroenterology Institute. UK.

En la presente revisión se tiene como objetivo principal dar un contexto global sobre los efectos en la calidad de vida, la prevalencia y factores de riesgo del síndrome de intestino irritable, basándose en análisis de más de 50 estudios internacionales de diferentes países, regiones, continentes e incluso de grupos minoritarios como el caso de refugiados e individuos en tiempo de guerra. En primer lugar, se encontró que los criterios de diagnóstico de Roma utilizados varían según la geografía, la cultura y el idioma. La prevalencia mundial es del 10%, variando de 5% en oriente a 10% en el occidente, y hasta 35% en país latinoamericano como México. Además, los factores de riesgo como la post infección gastrointestinal, comorbilidad psicológica, microbiota intestinal, genética y antecedente familiar, que da camino a una mejor prevención en la alimentación excluyendo productos que agravan el cuadro, la mejora de la calidad del agua e intervención psicosocial del paciente. Esta revisión nos permite ver la importancia de

seguir realizando estudios con grupos menores y comunidades, para un mejor criterio diagnóstico y manejo más multidisciplinario en el tratamiento del paciente (14).

Selvi (2022). Group comparison of individuals with and without irritable bowel syndrome in terms of psychological and lifestyle-related factors. Dusunen Adam The journal of Psychiatry and Neurological Science. Eskisehir Osmangazi University Faculty of Arts and Science, Department of Psychology, Eskisehir, Turkey.

En el estudio se comparó las diferencias psicosociales entre grupos de pacientes con síndrome de intestino irritable y otro grupo sin el diagnóstico. Evaluando sensación de estrés, problemas de introspección, y dificultad en la gestión de emociones, asociando estos a factores de estilo de vida como conductas que promueven la salud (nutrición y ejercicio físico), tabaco y alcohol; en la que se reclutó 105 personas mediante una encuesta online con datos demográficos y de criterios diagnósticos de Roma III adaptado para Turquía. La investigación tuvo como resultado que los factores psicológicos estuvieron más relacionados con el síndrome de colon irritable que con los factores de estilo de vida saludable, lo que influenciaría en medida el enfoque del tratamiento para el síndrome de intestino irritable (3).

De la Cruz Rocha (2012). Hábitos alimentarios relacionado al síndrome de intestino irritable encontrados en el servicio de Gastroenterología del Hospital II ES-SALUD de Chincha-2022. Universidad Nacional del Centro del Perú. Huancayo.

El objetivo del estudio es identificar los hábitos alimentarios como uno de los factores de riesgo del síndrome del colon irritable, para el cual se realizó un estudio analítico, y retrospectivo de 105 casos de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable con 105 controles. El cual mostró hábitos de mayor prevalencia como la omisión de la cena, acción de ingesta lenta, comer afuera de casa, ingesta de medicamentos y molestia o dolor abdominal después de los alimentos. Lo que nos puede ayudar en la evaluación de comportamiento alimentario del paciente llevándonos a un diagnóstico más temprano observando estos hábitos alimentarios (25).

González (2019). Asociación entre infección por helicobacter pylori y síndrome de intestino irritable en pacientes del Hospital Albrecht de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo.

El objetivo del estudio es determinar la asociación entre la infección gastrointestinal por *Helicobacter Pylori* y el Síndrome de Intestino Irritable en 65 pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable y 195 pacientes que no, en el Hospital Albretch de Trujillo. El cual como resultado, un 66% de prevalencia de la infección en adultos con el síndrome, siendo significativo a diferencia de los que no tienen el síndrome. Lo que nos ayuda a entender que la gastritis crónica debido a infección por *helicobacter pylori*, puede ser un factor asociado al síndrome de intestino irritable en pacientes adultos (26).

Alfaro (2005). Prevalencia del síndrome del intestino irritable en la consulta ambulatoria del servicio de gastroenterología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. Lima-Perú.

Cuyo objetivo es determinar la prevalencia del síndrome de intestino irritable según criterios de Roma II en un centro hospitalario y los subtipos presentes, se encontró que el 44% presentó SII tipo diarrea, el 32% tipo estreñimiento, el 19% fue tipo mixto y el 5% no se pudo determinar. Hubo mayor prevalencia en el sexo femenino teniendo un riesgo de 1.8 veces de padecer SII en relación al sexo masculino. El grupo de edad de 60 a 69 años fue el de mayor prevalencia y el subtipo de SII fue el de diarrea (27).

Pachecho (2015). Frecuencia del síndrome de intestino irritable según criterios de Manning en personal de salud del Hospital Regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique. Arequipa.

Tuvo como objetivo determinar la frecuencia y describir las características clínicas del síndrome de intestino irritable en dicho centro hospitalario, en la que se estudiaron a 110 trabajadores, las manifestaciones clínicas más relevantes fueron el dolor abdominal, distensión y cambio en la consistencia de las heces; agregando que los trabajadores más afectados fueron los internos de medicina y técnicos de enfermería (28).

CAPITULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

METODOLOGÍA

4. CAMPO DE VERIFICACION

4.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en el Centro de Salud Cotahuasi de primer nivel I.4, ubicado en Av. La Unión 105-107 en el distrito de Cotahuasi en la provincia de La Unión del departamento de Arequipa.

4.2. Ubicación temporal

Se investigó a los pacientes atendidos en el servicio de Medicina durante el año 2022, del centro de Salud Cotahuasi.

4.3. Unidades de estudio

4.3.1. Universo

La población para el presente estudio está conformada por pacientes atendidos en el servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi en el 2022, de ambos sexos, entre las edades de 18 a 65 años y así mismo de diferente tipo de aseguramiento de salud, provenientes del mismo distrito y de distintas micro redes asociados al entorno geográfico de la zona. Siendo estas de carácter mixto urbano-rural.

4.3.2. Población blanca

La población blanca fueron los pacientes atendidos en el servicio de Medicina del centro de salud Cotahuasi de ambos sexos entre las edades de 18 a 65 años, con sintomatología abdominal y con factores de riesgo para el desarrollo del síndrome de intestino irritable según literatura, además de pacientes con criterios de Roma IV para SII según búsqueda en base de datos ofrecido por estadística y análisis de historias clínicas; autorizado por gerencia del establecimiento.

4.3.2.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con sintomatología abdominal y/o con factores de riesgo par SII según sus antecedentes.
- Pacientes diagnosticados con el síndrome de intestino irritable registrados en historia clínica.
- Pacientes con criterios de Roma IV para SII según análisis y evaluación de historia clínica.
- Pacientes con cuestionario SRQ-18 para ansiedad y depresión con evaluación del servicio de Psicología registrado en historia clínica.

- Pacientes quienes con anamnesis y datos escasos en historia clínica, contaron con evaluación por cuestionario telefónico para corroborar criterios.

4.3.2.2. Criterios de exclusión

- Edad de inicio del cuadro después de los 55 años.
- Sangrado rectal o melena.
- Diarrea nocturna.
- Pérdida de peso inexplicable.
- Anormalidades de laboratorio (anemia, leucocitosis, desviación a la izquierda, etc).
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal.
- Antecedentes de otros trastornos intestinales estructurales y/o orgánicos.

Se excluyó a los pacientes registrados en base de datos cuyas historias clínicas no se encontraron o estaban incompletas, esto debido a inconvenientes y defectos con el sistema de archivo de historias clínicas del establecimiento. Se excluyeron pacientes que no contaron con el cuestionario SRQ-18 para ansiedad y depresión.

5. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION.

5.1. Técnicas

Se hizo un análisis documental y de contenido mediante revisión de historias clínicas según base de datos de los pacientes atendidos en el servicio de medicina. Se registró datos y antecedentes más relevantes del paciente; exámenes auxiliares como hemograma completo, examen inflamatorio de heces y coprocultivo, se evaluó en la anamnesis el tiempo de enfermedad, la recurrencia y sintomatología del cuadro, examen físico y terapéutica registrada por el médico general en la historia, además de informes médicos de procedimientos externos al establecimiento como exámenes endoscópicos, biopsias de mucosa gastrointestinal, informes operatorios en caso de colecistectomía y apendicectomía.

Además de hizo análisis del cuestionario SRQ-18 para valoración de ansiedad y depresión, y descarte de cuadro psicótico, añadiendo la evaluación y atención registrada por el servicio de Psicología del centro de salud.

5.2. Instrumentos

Se hizo filtración de la base de datos de los pacientes atendidos en el servicio de medicina con los diagnósticos de “constipación”, “estreñimiento”, “dispepsia”, “gastritis aguda”, “gastritis crónica”, “síndrome de intestino irritable”, “ansiedad”, “depresión”, “gastroenteritis”, “parasitosis”, “dolor abdominal” y otros afines. De estos se tuvo un total de 388 pacientes con diagnósticos de patología de origen abdominal. De los cuales 115 fueron los seleccionados según criterios de inclusión para el estudio.

Se hizo la búsqueda de historias clínicas físicas de estos pacientes y se registraron en la base de datos de elaboración propia en programa Excel, tomando los siguientes puntos, y así mismo su evaluación y análisis:

Anamnesis

- Edad
- Sexo: Femenino o Masculino.
- Dolor abdominal: tipo cólico, insidioso, esporádico, recurrente, sordo, retortijón.
- Distensión.
- Diarrea recurrente durante al menos 3 meses.
- Estreñimiento recurrente durante al menos 3 meses.
- Alteración en la frecuencia y consistencia de las heces en al menos 3 meses.
- Inicio de síntomas mínimo de hace 6 meses.

Antecedentes:

- Gastritis aguda.
- Gastritis crónica
- Dispepsia.
- Cólico vesicular.
- Litiasis vesicular.
- Apendicitis.
- Ansiedad
- Depresión

Diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable: Se entiende como diagnóstico de SII a los pacientes que cumplen con criterios de Roma IV para Síndrome de Intestino Irritable.

6. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS

6.1. Organización

Se coordinó previamente con el jefe del centro de salud Cotahuasi para envío de solicitud por mesa de partes con el asunto de autorizar el uso de datos del servicio de estadística y de las historias clínicas para estudio de los pacientes del servicio de Medicina para proyecto de tesis en obtención del título profesional de Médico Cirujano.

Se recolectó las historias clínicas de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión cuya edad oscilaron entre 18 a 65 años, , se evaluaron los antecedentes mencionados asociados a SII, además de datos del paciente.

Se recolectó una muestra de 115 pacientes mediante el análisis de las historias clínicas. En el caso de pacientes con datos insuficientes o anamnesis no muy clara pero con factores de riesgo asociados; se consiguió los números de teléfono de los de estos para corroboración o agregación de datos importantes para el estudio.

Se hizo el análisis estadístico de base de datos de elaboración propia mediante prueba de chi-cuadrado para posterior análisis, interpretación de resultados, discusión y conclusión.

3.2. Recursos

- Recursos materiales
- Historias clínicas de los pacientes en estudio.
- Materiales de escritorio.
- Laptop.
- Recursos institucionales.
- Centro de salud de Cotahuasi.
- Recursos financieros.
- La tesis será financiada por la tesista.

3.3. Validación de instrumentos.

La validación de los instrumentos se hizo por criterio del asesor de investigación.

CAPITULO III

5. RESULTADOS

5.1. DATOS CONTROL Y DESCRIPTIVOS

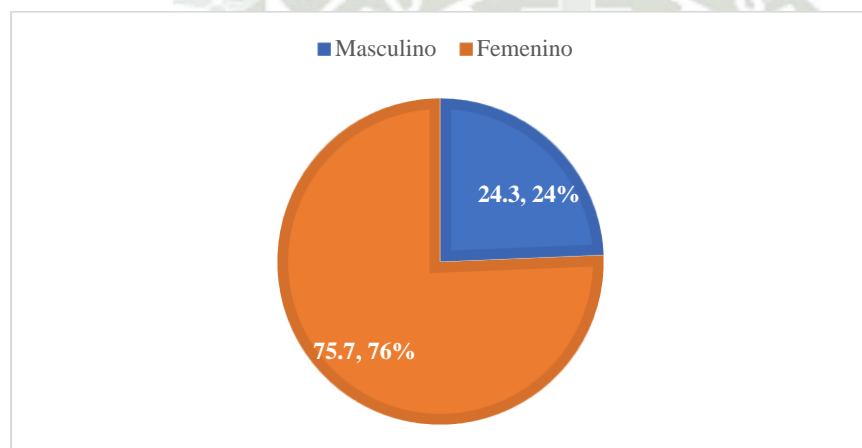
Tabla 2

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	24.3
Femenino	87	75.7
Total	115	100.0

Figura 1

Sexo



Se observa en la tabla 2 que, el 75.7% de los pacientes de estudio son de sexo femenino y el 24.3% de sexo masculino. Lo que nos indica un alto predominio del sexo femenino en pacientes con factores de riesgo relacionados al SII.

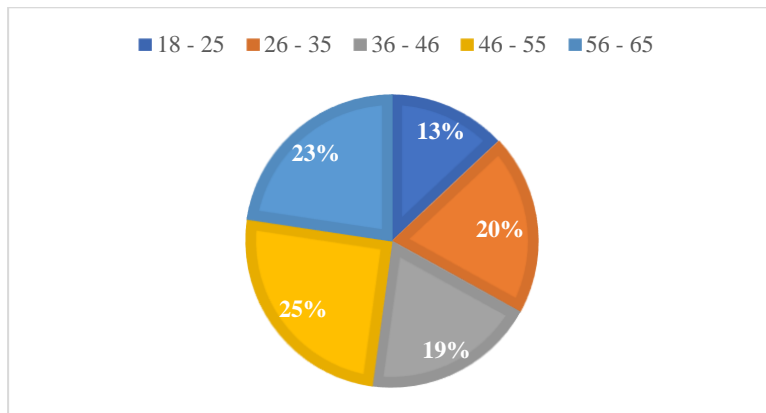
Tabla 3

Edad

	Frecuencia	Porcentaje
18 - 25	15	13.0
26 - 35	23	20.0
36 - 46	22	19.1
46 - 55	29	25.2
56 - 65	26	22.6
Total	115	100.0

Figura 2

Edad



Se observa en la tabla 3 que, los grupos de edad de entre 46-55, 56-65 y 26-35 años con un 25.2%, 22.6%, y 20% son de mayor tendencia en la población de estudio relacionados a los factores de riesgo del SII. Lo que nos indica una alta prevalencia de sintomatología abdominal entre los 26 a los 65 años de edad en la muestra estudiada.

Tabla 4

Etnia

	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	115	100.0

Figura 3

Etnia



Se observa en la tabla 4 que, los evaluados en su totalidad pertenecen a la clasificación étnica mestiza según código del Ministerio de Salud registrado en las historias clínicas.

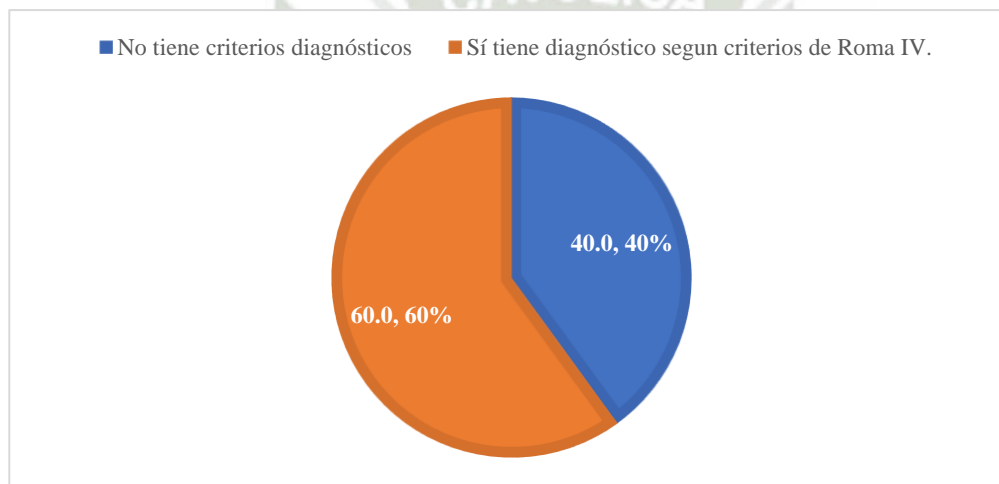
Tabla 5

Diagnóstico de SII

	Frecuencia	Porcentaje
No tiene criterios diagnósticos	46	40.0
Sí tiene diagnóstico segun criterios de Roma IV.	69	60.0
Total	115	100.0

Figura 4

Diagnóstico de SII



Se observa en la tabla 5 que, el 60.6% de las personas evaluadas contaban con criterios diagnósticos basados en Roma IV para SII según análisis de anamnesis y examen físico de historias clínicas y cuestionario telefónico para pacientes con datos insuficientes en historia clínica.

5. 2. FACTORES DE RIESGO.

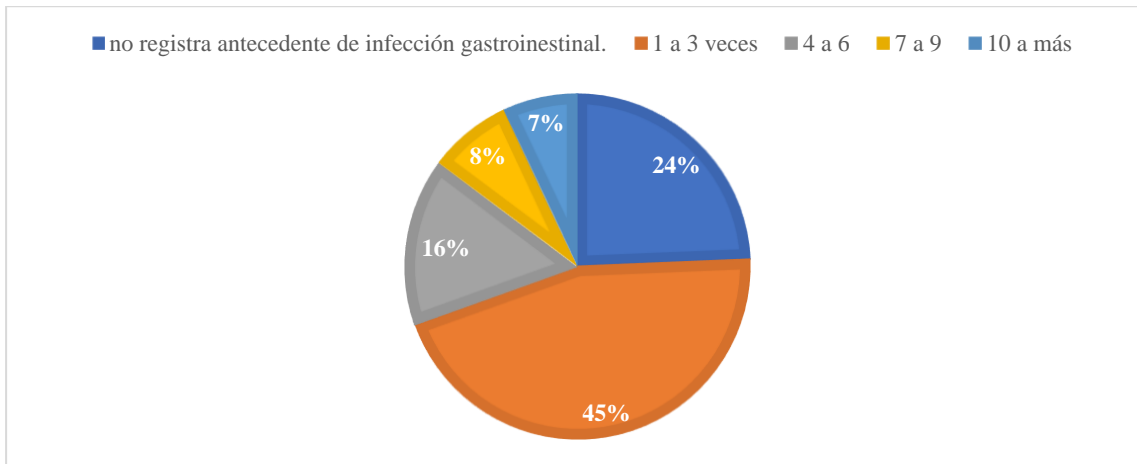
Tabla 6

Número de veces de antecedente de Infección Gastrointestinal

	Frecuencia	Porcentaje
no registra antecedente de infección gastrointestinal.	28	24.3
1 a 3 veces	52	45.2
4 a 6	18	15.7
7 a 9	9	7.8
10 a más	8	7.0
Total	115	100.0

Figura 5

Número de veces de antecedente de Infección Gastrointestinal



En la tabla 6 se observa que en cuanto los antecedentes de infección gastrointestinal se encontró que el 45.5% tiene un antecedente de haber contraído una infección intestinal de 1 a 3 ocasiones frente al 24.3% que no tuvo antecedente, según registro de historia clínica en la muestra estudiada. Lo que indica una alta tendencia a padecer gastroenteritis en la población estudiada.

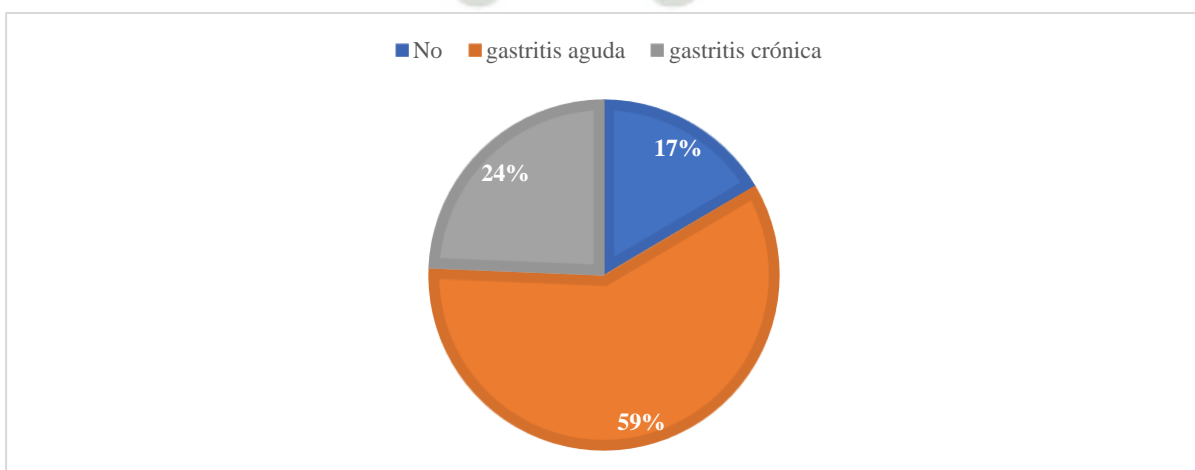
Tabla 7

Gastritis Aguda y/o crónica

	Frecuencia	Porcentaje
No	19	16.5
gastritis aguda	68	59.1
gastritis crónica	28	24.3
Total	115	100.0

Figura 6

Gastritis Aguda y/o crónica



En la tabla 7 se observa que solo el 16.5% de pacientes con sintomatología y factores asociados al SII no presentó antecedente de gastritis aguda o crónica, en comparación al 59% y 24.3% que presentó episodios de dolor abdominal agudo y crónico respectivamente de tipo ardor en epigastrio y balonamiento según anamnesis y examen físico en la historia clínica. El grupo de gastritis crónica nos indica una exacerbación de sintomatología asociada al SII.

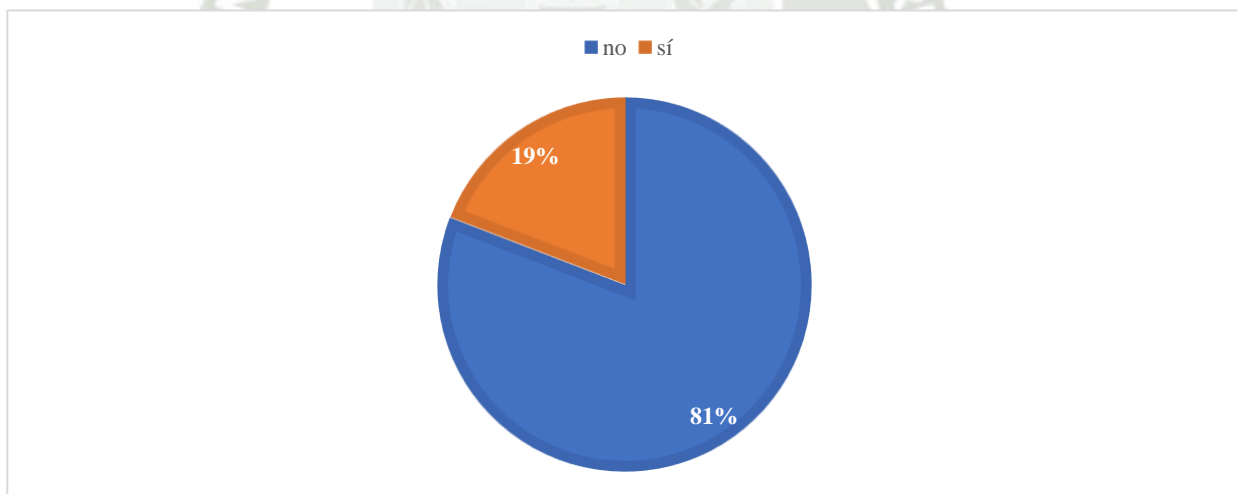
Tabla 8

Litiasis Vesicular

	Frecuencia	Porcentaje
no	93	80.9
sí	22	19.1
Total	115	100.0

Figura 7

Litiasis Vesicular



En la tabla 8 se observa que, el 80.9% de los pacientes estudiados con factores de riesgo relacionados al síndrome intestino irritable no presentó antecedente de litiasis vesicular, lo que indica que el antecedente no está asociado a la sintomatología abdominal, sin embargo, frente al 19.1% que sí lo presentó, se asocian a una exacerbación del síndrome según análisis de anamnesis y examen físico de historia clínica, a pesar de tratamiento quirúrgico.

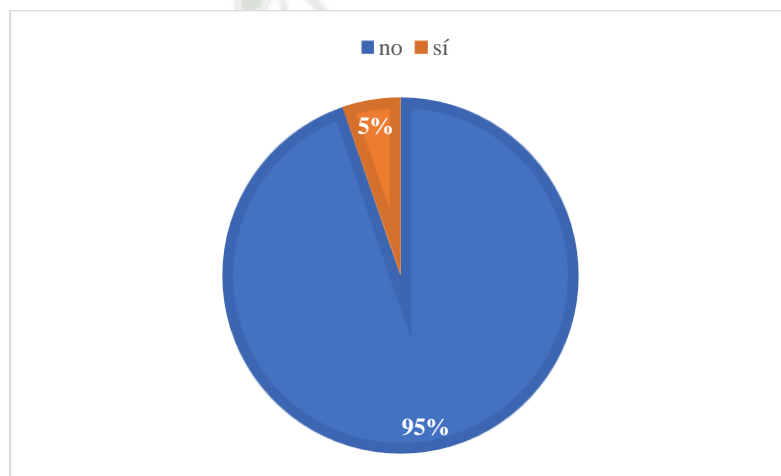
Tabla 9

Apendicitis

	Frecuencia	Porcentaje
no	109	94.8
sí	6	5.2
Total	115	100.0

Figura 8

Apendicitis



En la tabla 9 se observa que, el 94.8% de pacientes con factores de riesgo relacionados al SII no presentaron antecedente, esto puede ser debido a que el cuadro agudo de apendicitis generalmente tiene su término en la resección quirúrgica no teniendo asociación con la sintomatología asociada al SII, sin embargo el antecedente en algunos pacientes se relaciona con una severidad del síndrome.

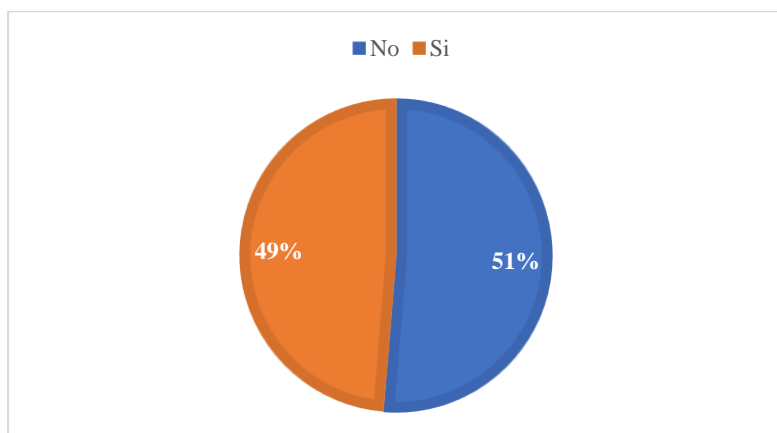
Tabla 10

Ansiedad

	Frecuencia	Porcentaje
No	59	51.3
Si	56	48.7
Total	115	100.0

Figura 9

Ansiedad



En la tabla 10 se observa que, el 49% de pacientes evaluados presentaron antecedente de ansiedad relacionada o no con trastorno mixto de ansiedad y depresión, según evaluación psicológica y cuestionario SRQ-18, frente al 51% que no tuvo antecedente de ansiedad propiamente dicho, lo que nos indica que los pacientes con sintomatología abdominal general podrían o no padecer de un trastorno de ansiedad o depresión.

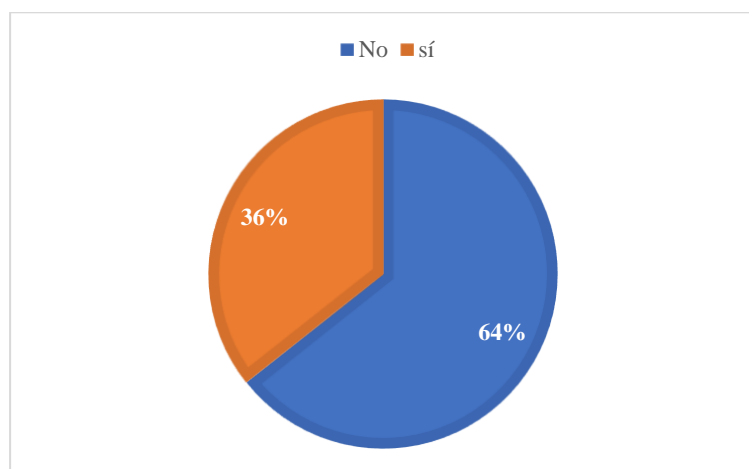
Tabla 11

Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
No	74	64.3
sí	41	35.7
Total	115	100.0

Figura 10

Depresión



En la tabla 11 se observa que, el 64% de pacientes evaluados con sintomatología relacionada a factores de riesgo del SII no presentaron trastorno de depresión frente al 36% que sí lo presentó según evaluación del servicio de psicología y cuestionario SRQ-18 registrado en historia clínica.

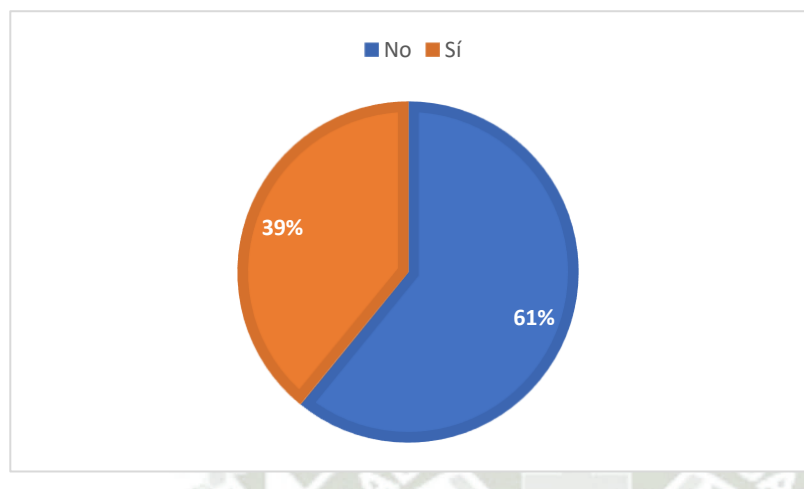
Tabla 12

Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos

	Frecuencia	Porcentaje
No	70	60.9
Sí	45	39.1
Total	115	100.0

Figura 11

Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos



En la tabla 12 se observa que, el 39.9% de los pacientes evaluados con sintomatología abdominal sufrían otros tipos de trastorno de carácter psicopatológico puntuales como esquizofrenia paranoide, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar y trastornos de lenguaje. También en una gran mayoría de estos, con otros con problemas relacionados a la violencia familiar, problemas de maltrato, abuso psicológico, agresión sexual y factores relacionados al estrés que afecta al individuo y al hogar.

5. 3. FACTORES DE RIESGO Y DIAGNÓSTICO DE SII SEGÚN CRITERIOS DE ROMA IV.

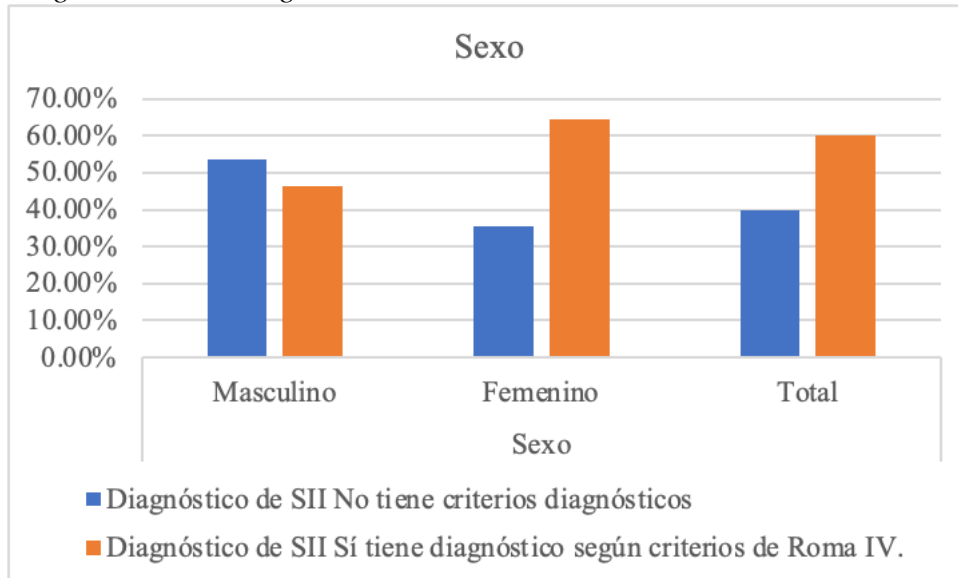
Tabla 13

Diagnóstico de SII según el sexo

		Sexo		
		Masculino	Femenino	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	53.6%	35.6%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	46.4%	64.4%	60.0%
Total		100.0%	100.0%	100.0%

Figura 12

Diagnóstico de SII según el sexo



En la tabla 13 se observa que, el factor género no está significativamente asociado al diagnóstico de SII, ya que el valor de $p=0.07$, es mayor a 0.05. A pesar de la alta tendencia del sexo femenino en un 64.4% en los pacientes con diagnóstico según criterios de Roma IV, no hay diferencias significativas en el sexo.

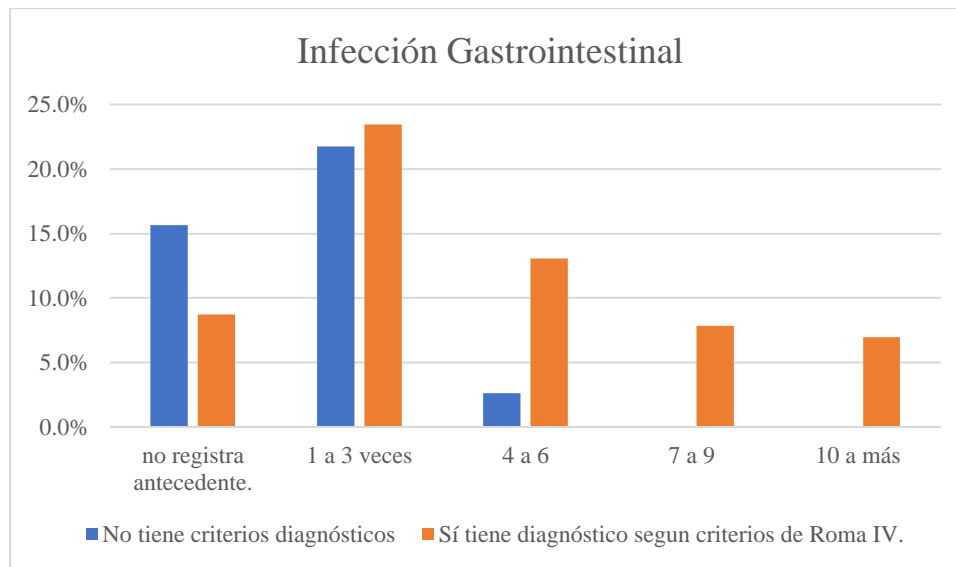
Tabla 14

Infección gastrointestinal

		no registra antecedente de infección gastrointestinal.	1 a 3 veces	4 a 6	7 a 9	10 a más	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	15.7%	21.7%	2.6%	0%	0%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	8.7%	23.5%	13.0%	7.8%	7.0%	60.0%
Total		24.3%	45.2%	15.7%	7.8%	7.0%	100.0%

Figura 13

Infección gastrointestinal



En la tabla 14 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnostico de SII y el número de veces de antecedente de Infección gastrointestinal existe una significancia $X^2 = 23.711$, $gl = 4$, $p = 0.001$, debido a que el valor obtenido es menor a 0.05, evidenciando así, que los datos están relacionados. Lo que indica que al tener un antecedente de gastroenteritis sea de origen viral, bacteriano o parasitario, hay una mayor probabilidad de desarrollar un SII.

Se ve una prevalencia del 23.5% de haber presentado de 1 a 3 antecedentes de infección gastrointestinal en los pacientes con SII según criterios de Roma IV lo que indica cuadro leve en la mayoría de los casos, sin embargo viendo el porcentaje de pacientes que tuvieron de 4 a más de 10 veces cuadros de gastroenteritis es del 27% , asociados a un tiempo de presentación de sintomatología asociada a los criterios de Roma IV más prolongada en el tiempo.

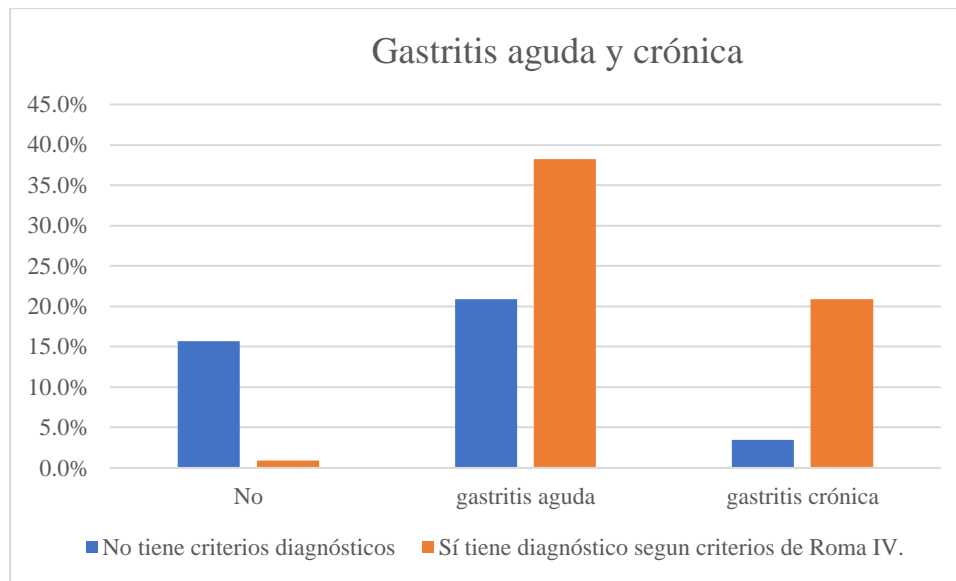
Tabla 15

Gastritis aguda y/o crónica

		No	gastritis aguda	gastritis crónica	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	15.7%	20.9%	3.5%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	0.9%	38.3%	20.9%	60.0%
Total		16.5%	59.1%	24.3%	100.0%

Figura 14

Gastritis aguda y/o crónica



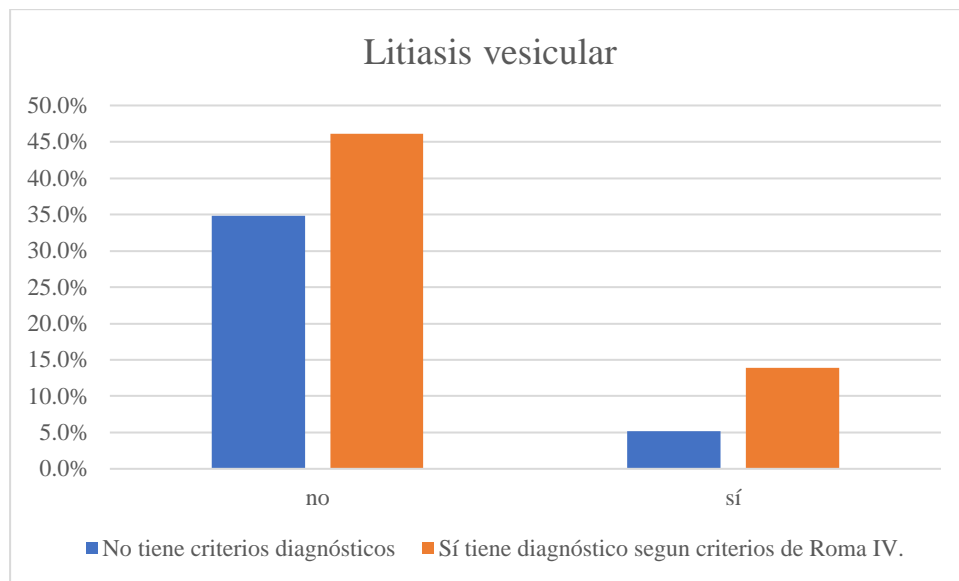
En la tabla 15 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnostico de SII y Gastritis aguda y/o crónica existe una significancia $X^2 = 32.061$, $gl = 2$, $p = 0.001$, debido a que el valor obtenido es menor a 0.05, evidenciando así, que los datos están relacionados. Se obtuvo un 38.3% y un 20.9% de pacientes con gastritis aguda y crónica respectivamente, según los pacientes con criterios diagnósticos de Roma IV. Lo que indica que el antecedente de una gastritis recurrente lleva a mayor probabilidad de desarrollar un SII.

Tabla 16

Litiasis vesicular

		no	sí	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	34.8%	5.2%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico segun criterios de Roma IV.	46.1%	13.9%	60.0%
Total		80.9%	19.1%	100.0%

Figura 15



En la tabla 16 se observa que, El análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnóstico de SII y Litiasis vesicular c/s colecistitis no existe una significación, debido a que el valor obtenido es mayor a 0.05, evidenciando así, que los datos no están relacionados, lo que indica que el desarrollo de un SII es independiente del antecedente de litiasis vesicular. Esto puede deberse por la remisión del cuadro crónico con el tratamiento quirúrgico, sin embargo habiendo una persistencia de sintomatología abdominal asociada a los criterios de Roma IV en algunos pacientes y asociado a severidad del cuadro en algunos casos.

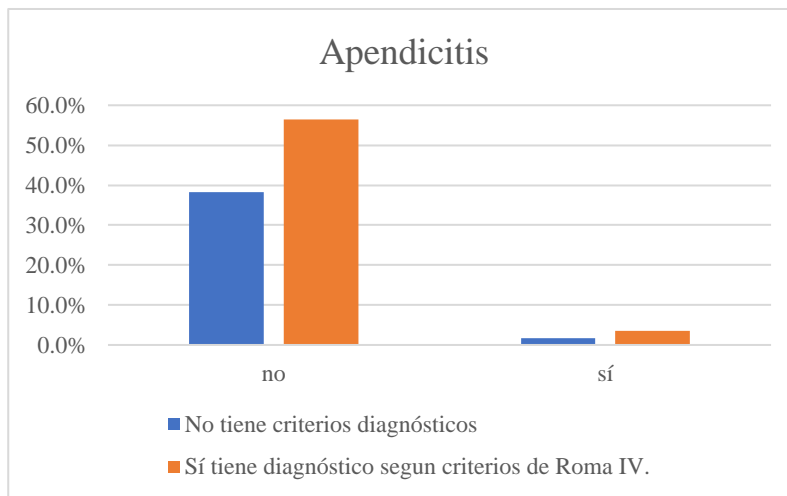
Tabla 17

Apendicitis

		no	sí	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	38.3%	1.7%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	56.5%	3.5%	60.0%
Total		94.8%	5.2%	100.0%

Figura 16

Apendicitis



En la tabla 17 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnóstico de SII y Apendicitis no existe una significación, debido a que el valor obtenido es mayor a 0.05, evidenciando así, que los datos no están relacionados, lo que indica que el desarrollo de un SII según criterios de Roma IV, es independiente del antecedente de una apendicitis.

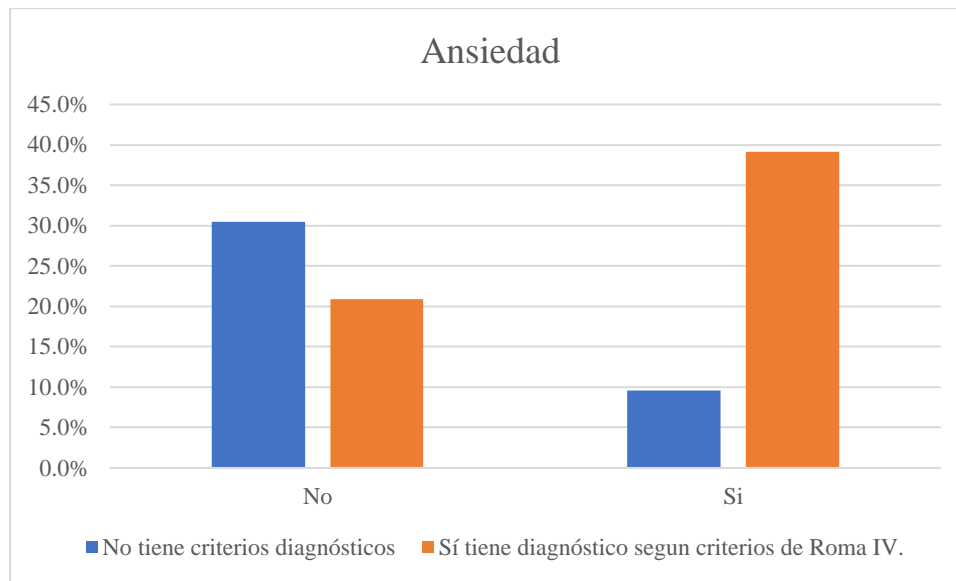
Tabla 18

Ansiedad

		No	Si	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	30.4%	9.6%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	20.9%	39.1%	60.0%
Total		51.3%	48.7%	100.0%

Figura 17

Ansiedad



En la tabla 18 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnostico de SII y Ansiedad existe una significancia $X^2 = 18.848$, $gl = 1$, $p = 0.001$, debido a que el valor obtenido es menor a 0.05, evidenciando así, que los datos están relacionados. Lo que indica que el desarrollo de sintomatología crónica del SII según criterios de Roma IV está intimamente ligado a la comorbilidad psicológica en un trastorno de ansiedad con un 39.9% de pacientes con criterios diagnósticos.

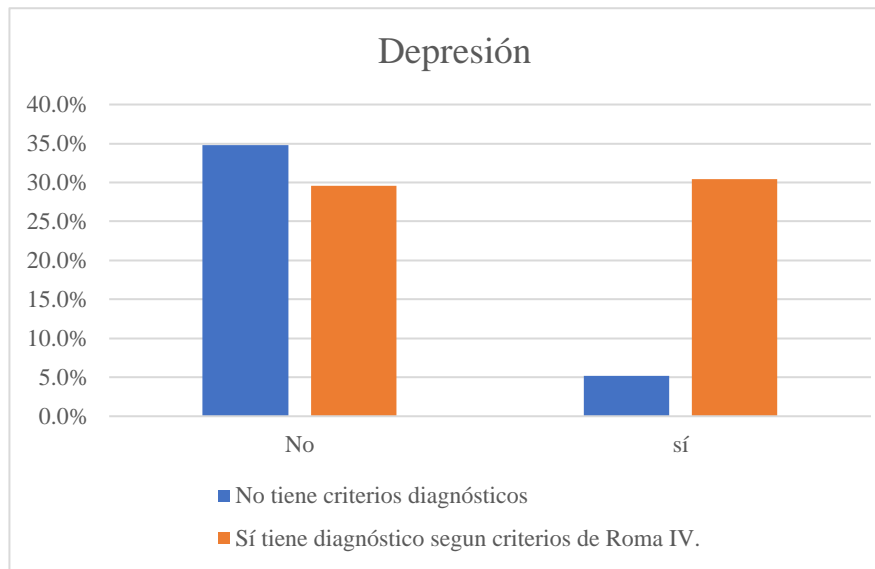
Tabla 19

Depresión

		No	sí	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	34.8%	5.2%	40.0 %
	Sí tiene diagnóstico segun criterios de Roma IV.	29.6%	30.4%	60.0 %
Total		64.3%	35.7%	100.0 %

Figura 18

Depresión



En la tabla 19 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnostico de SII y Depresión existe una significancia $X^2 = 17.082$, $gl = 1$, $p = 0.001$, debido a que el valor obtenido es menor a 0.05, evidenciando así, que los datos están relacionados, lo que indica que el trastorno de depresión, está ligado al desarrollo de un SII según criterios de Roma IV.

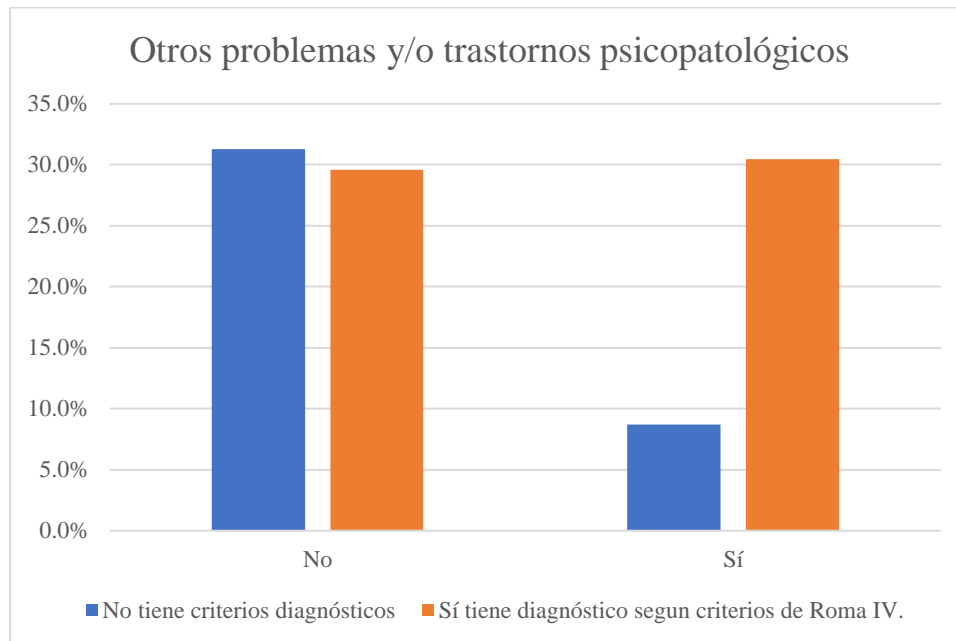
Tabla 20

Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos

		No	Sí	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	31.3%	8.7%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	29.6%	30.4%	60.0%
Total		60.9%	39.1%	100.0%

Figura 19

Otros problemas y/o trastornos psicopatológicos



En la tabla 20 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnostico de SII y Otros problemas y/o trastornos existe una significancia $X^2 = 9.735$, $gl = 1$, $p = 0.002$, debido a que el valor obtenido es menor a 0.05, evidenciando así, que los datos están relacionados, lo que indica que además de otras comorbilidades psicopatológicas como trastornos de bipolaridad, trastorno obsesivo compulsivo, esquizofrenia paranoide que fueron los que se encontraron en los pacientes, los estados de ánimo consecuentes a síndromes de maltrato, violencia familiar, abandono, abuso sexual, y factores de estrés en los pacientes condiciona a un desarrollo de un SII según criterios de Roma IV.

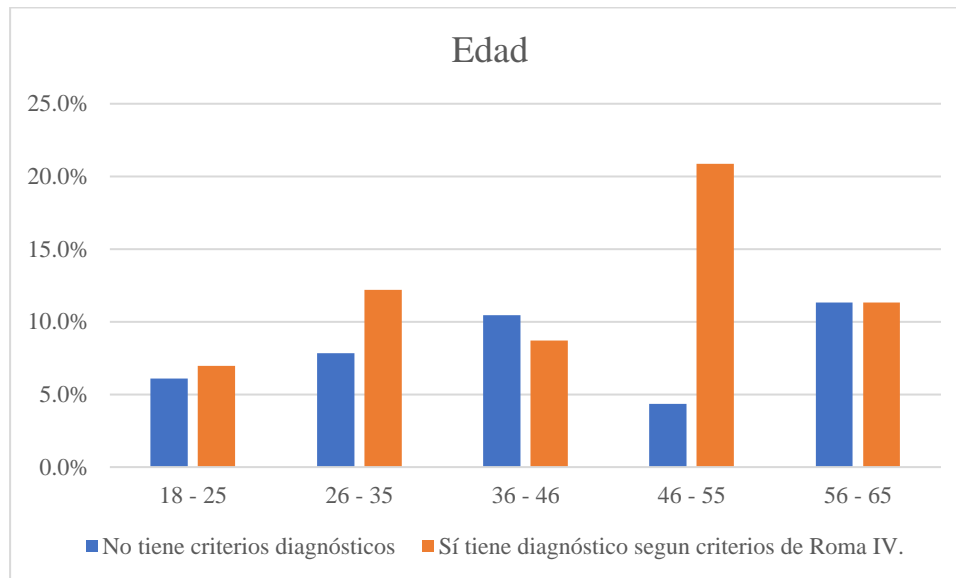
Tabla 21

Edad

		18 - 25	26 - 35	36 - 46	46 - 55	56 - 65	Total
Diagnóstico de SII	No tiene criterios diagnósticos	6.1%	7.8%	10.4%	4.3%	11.3%	40.0%
	Sí tiene diagnóstico según criterios de Roma IV.	7.0%	12.2%	8.7%	20.9%	11.3%	60.0%
Total		13.0%	20.0%	19.1%	25.2%	22.6%	100.0%

Figura 20

Edad



En la tabla 21 se observa que, el análisis de Chi cuadrado mostró que entre Diagnostico de SII y Edad existe una significancia $X^2 = 9.566$, $gl = 4$, $p = 0.048$, debido a que el valor obtenido es menor a 0.05, evidenciando así, que los datos están relacionados, lo que indica que el grupo de edad de entre 46 a 55 años tiene mayor probabilidad de desarrollar una sintomatología de SII según criterios de Roma IV en un 20.9%; siguiendo a este, el grupo de 26 a 35 años y de 56 a 65 años de edad.

6. DISCUSIÓN

Se tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de los pacientes del servicio de medicina del centro de salud Cotahuasi en el que se obtuvo que, la población estudiada se ve un alto factor de riesgo el género femenino representado en un 75.7% si embargo no tuvo asociación significativa con el diagnóstico clínico según criterios de Roma IV en la prueba estadística; esto indica similitud en estudios como el de Mearin (29), en la cual describe los factores de riesgo del trastorno digestivo funcional como al género femenino en relación al masculino de 9 a 1. Esto se puede deber a las diferencias anatómicas del cerebro y su reactividad a factores externos y factores biopsicosociales e incluso hormonales que presenta la mujer a diferencia del varón según explica Málaga (30) en el intento de explicar la prevalencia del sexo femenino en el desarrollo de la ansiedad que está íntimamente ligada a somatización de síntomas gastrointestinales. Y otros como en revisión de estudios de Black y Ford (14) muestra en 56 estudios de poblaciones que hay una prevalencia en las mujeres sin embargo en esta misma revisión, se explica que en estudios examinados de acuerdo al país, en Sud-Asia, Sud-América, países del África e incluso en la India, no hubo diferencia entre la prevalencia de varones y mujeres. Entonces a pesar que, en la mayoría de estudios se muestra que el género femenino sería un fuerte factor, es necesario considerar que el género masculino podría ser un igual afectado dependiendo de la epidemiología y geografía de la comunidad o país en el que se encuentre.

En cuanto a la edad se encontró que los grupos de edad de entre 45-55 años fueron de mayor tendencia a desarrollar un SII, seguido del grupo de entre 26-35 años y de 56-65 años con un $p=0.048$, por lo que podríamos inferir a la edad como un factor de riesgo que tiene un comienzo desde los 26 años con un aumento hasta los 55 años después de esto va decayendo, esto se muestra también en el estudio global de Black y Ford (14) con una prevalencia en edades en menores de 50 años en comparación a una mayor edad. Según un estudio de Miwa en Japón, estos grupos de edad pueden variar según la población de estudio ya que puede deberse al estilo de vida que está expuesto cada grupo de edad; según la frecuencia de actividad física, horas de sueño por día, comidas en horas irregulares, dieta basada en carnes, y exposición continua al estrés y susceptibles a esta ya que se vio una íntima relación de estos hábitos en pacientes con desarrollo de trastorno funcionales digestivos (31). En cuanto a la severidad, es muy variado de acuerdo a la edad y dependería más en si se padece de otros factores concomitantes descritos.

Es preciso señalar que la totalidad de la población estudiada fue de etnia mestiza, es importante para futuras investigaciones, ya que esto puede dar mejores avances en cuanto al factor genético, en estudios de Black y Ford (14) revisa la influencia de la etnia, en los que se encuentra que los afroamericanos en comparación a los norteamericanos de raza blanca, tenían un mayor riesgo de padecer SII, sin embargo en estudios de tres comunidades de Singapur y Malasia, no se mostró diferencia significativa entre las etnias china, malaya e india. Esto puede deberse más que un factor genético a la diversidad de la microbiota del intestino que contiene una comunidad étnica específica y está puede variar por la migración de personas, sin embargo la data sobre cómo la etnia influiría en el desarrollo del SII es muy limitado.

Con respecto al diagnóstico, se encontró que el 60% de los pacientes con sintomatología abdominal general cumplieron con criterios de Roma IV para síndrome de intestino irritable. Como explica Jimenez (32) cuyo objetivo fue ver la utilidad de los criterios de Roma, que han ido variando a través del tiempo y de cierto modo se llegó a la conclusión que podían ser confusos de acuerdo a la terminología e idioma de cada país o territorio geográfico, ha sido difícil entender que no se trata de una enfermedad perse sino de un síndrome de síntomas y signos, que hay que evaluarlo según sus factores predisponentes como el factor psicológico y la infección gastrointestinal, ya que esto permite explicar al paciente que no se trata de una enfermedad, sino más bien de una condición crónica que es posible controlar y evitar el desarrollo de su severidad, haciendo que la insatisfacción del paciente disminuya y se aminore el gasto en atenciones no resolutivas y recurrentes.

Por otro lado vemos que existe una diferencia significativa en los pacientes estudiados con el número de veces de antecedente de infección gastrointestinal en los pacientes con criterios de Roma IV, con un $p=0.001$ y porcentaje del 51.3% de los pacientes de estudio con sintomatología abdominal; este resultado es similar a la revisión de estudios basados en evidencia de este factor de M. Schmulson (33) en la que, encontraron una sobrepoblación bacteriana mediante pruebas de aliento, una prevalencia del 2 al 84% además que la microbiota intestinal en pacientes con SII es diferente que en la de sujetos sanos, la etiología bacteriana es la más frecuente, agregando los casos posvirales y parasitarios sin embargo la incidencia y prevalencia del SII postinfeccioso varía entre el 9 al 10% y 3-17% respectivamente (33). Otra similitud se muestra en estudios de Mearin, en la cual proponen que una infección digestiva puede ser desencadenante de una dispepsia funcional debido a estudios realizados en animales que demuestran que la infección e inflamación aguda da lugar a cambios permanentes en la motilidad y sensibilidad digestiva (34).

Esto puede ser debido a que el cuadro agudo de una gastroenteritis no sea algo puntual, sino que la inflamación de la pared persista debido a la aparición de receptores nociceptivos según algunas teorías, que en conjunto harían que algunos pacientes mantengan una disfunción intestinal crónica. La prevalencia y la incidencia pueden variar por el área geográfica, en poblaciones desarrolladas la frecuencia de gastroenteritis es de 1-2 veces al año por persona, mientras que en poblaciones en vías de desarrollo esto sube, en nuestro medio la incidencia en Arequipa vendría a ser de 45.5 de incidencia por 10 000 habitantes, siendo el 8.8% según datos del MINSA del 2022.

Se encontró un 38% de pacientes con 1 a 3 antecedentes de gastroenteritis frente a un 45.1% de pacientes que tuvieron de 4 a más de 10 antecedentes de infección gastrointestinal ya sea de tipo bacteriano, viral o parasitario, en el análisis de estas historias, se encontró que mientras más aumentaba el número de veces de infección, la sintomatología era más severa y más incapacitante para el paciente, asociado a más factores de riesgo como los ya descritos. En relación a la gastritis, se encontró una alta relación con el diagnóstico del SII con un $p=0.001$, con un 38% y 20.9% de gastritis aguda y crónica respectivamente en pacientes que cumplen criterios de Roma IV con respecto a los pacientes con síntomas abdominales generales, sin embargo el número de gastritis crónicas podría ser de mayor proporción ya que solo se consideró crónica en caso de haber presencia de informe endoscópico en la historia clínica, lo que pudiera aumentar esta proporción en caso de pacientes con registro de cuadro clínico de gastritis aguda recurrente. Los estudios en cuanto a esta patología con el SII son escasos, debido a que es importante hacer su diferencia, sin embargo al ser una gastropatía de inflamación de la mucosa gástrica muy frecuente, suele asociarse al síndrome de intestino irritable como explica Mehmet Ravi Helvaci (35) en la que estudió la relación del SII con la gastritis crónica, hemorroides y urolitiasis. Encuentra una relación muy significativa en desarrollar gastritis crónica a la par de un SII y esto puede deberse a los factores psicológicos que también desencadenan una gastritis crónica. Esto también da hincapié a que el SII es más que un trastorno funcional dado que en el estudio de Chadwick y sus colegas (2002) estudiaron 77 casos de SII (36), en la que tomaron biopsias colónicas para histología convencional e inmunohistología, en la que se encuentra inflamación linfocitaria intraepitelial, además de un aumento de CD3+, CD25+ y CD8+ lo que evidencia una activación inmunitaria, en el trabajo de Bárbara (2004) (37) se evidencia una relación entre la cantidad de mastocitos con la severidad del dolor abdominal en pacientes con SII, finalmente en el estudio de Tornblom et al (2002) (38) donde estudia pacientes con SII severo, además de encontrar la infiltración linfocitaria, menciona una degeneración

neuronal, observa hipertrofia de músculos longitudinales, y anomalías en el número y tamaño de las células nerviosas intersticiales de Cajal. Lo que nos indica una alteración del eje cerebro – intestino. Y lleva a que los pacientes con SII estén altamente asociados a otras gastropatías influenciadas por el factor psicológico como la gastritis crónica y/o enfermedad de reflujo gastroesofágico como se vio asociado en algunos pacientes del estudio.

Por otro lado, con el objetivo de hallar la patología abdominal como factor de riesgo. Se halló que el antecedente de litiasis vesicular siendo o no colecistectomizados, no se relaciona con el diagnóstico de SII mediante criterios de Roma IV con un $p > 0.05$. En el trabajo de investigación de Rocío Alfaro solo el 10% de los pacientes del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD con diagnóstico de SII fueron colecistectomizados. El resultado nos puede dar cuenta que estarían mínimamente relacionados, sin embargo hay que evaluar el hecho de que el riesgo de desarrollar un SII después de una colecistectomía es de 2.2 veces mayor que la población en general y en otros estudios hasta 3.6 veces mayor en Balmori (39). En esta se cree que la mala absorción de sales biliares podría provocar un SII postcolecistectomía, ya que el 62% de los pacientes del estudio mencionaron inicio de síntomas de SII con predominio diarreico después de la cirugía. Esto puede añadir a la fisiopatología ya estudiada y probablemente el complemento de la severidad en los cuadros de estos pacientes.

Del mismo modo, no se encontró relación significativa al antecedente de apendicitis con respecto al diagnóstico de acuerdo a criterios de Roma IV para SII con un $p > 0.05$. No obstante en la evaluación de la historia clínica, se asocia a cuadros más severos, esto nos puede explicar la fisiopatología de infiltración linfocitaria que está asociada a la apendicitis como posible consecuencia de un desarrollo severo del SII concomitante a una apendicitis que eventualmente se resuelve en la resección quirúrgica. Los estudios son muy limitados, sin embargo también vemos una similitud en la no asociación de la apendicectomía con el desarrollo de un SII en el estudio de Alfaro (27) que tuvo como objetivo hallar la prevalencia del SII, encontrando que solo el 7.7% de pacientes con diagnóstico de SII tuvo antecedente de apendicectomía, no siendo significativo.

Como objetivo de determinar las comorbilidades psicopatológicas como factores de riesgo a padecer en el tiempo un SII, el antecedente del trastorno de ansiedad es un factor muy predisponente y asociado significativamente al diagnóstico del síndrome de intestino irritable con un $p = 0.001$ con un 69% en los pacientes con criterios de Roma IV y con un 39% en relación a todos los pacientes con sintomatología abdominal en el estudio, como lo

indica Black y Ford (2020) la comorbilidad psicológica incluye el estrés, la depresión y la ansiedad, están altamente asociados y exacerba los síntomas, en la que encuentra en un estudio de metanálisis el 23% de prevalencia de ambos trastornos de ansiedad y depresión. Y hay que tener en cuenta que la ansiedad es parte de una modelo biopsicosocial integrado, estas están antes del inicio de los síntomas, y en caso de no haberlas tratado adecuadamente, se exacerban los síntomas después de una gastroenteritis.

El eje cerebro-intestino, juega un papel bidireccional importante entre el SNC y el entérico. Esto altera la motilidad o la sensibilidad visceral, lo que traduce en alteración de los patrones defecatorios y el dolor abdominal. Del mismo modo, los cambios en el intestino pueden repercutir en el cerebro a través de vía vagal y simpática, lo que tiene efectos sobre el bienestar psicológico y la salud. Añadiendo a esto, 7 de los 8 pacientes que fueron diagnosticados de SII en la historia, tuvieron patrón ansioso lo cual suele ser un trastorno mejor identificado en la consulta médica, lo que lleva a que estos pacientes con mayor probabilidad a ser diagnosticados.

La depresión se observa significativamente relacionado al diagnóstico clínico por criterios de Roma para SII ($p=0.001$), teniendo en cuenta los trastornos mixtos de ansiedad y depresión. En estudios de Koloski (40) y así mismo como la de G. Fond (41) tratando de explicar la bidireccionalidad vía cerebro-intestino nos indican que en estudios de seguimiento de 1 año, están altamente asociados los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, sin embargo en estudios de seguimiento de 12 años se muestra que la ansiedad tiene la misma asociación, más no la depresión (40). Esto nos muestra que el SII debe tratarse de forma sistematizada, ya que estos últimos dos factores inducen a la gravedad de la sintomatología independientemente del tipo de SII sea de predominio diarreico o de estreñimiento (41).

Otras patologías psicológicas asociadas como los factores de estrés de afectan al individuo y el hogar, violencia familiar, síndromes de maltrato, abandono parental, y hasta abuso sexual fueron identificados en los pacientes de estudio y otras patologías psicopatológicas como trastorno obsesivo compulsivo, trastorno bipolar y esquizofrenia paranoide, estos mismos asociados o no, a un trastorno mixto de ansiedad y depresión. Estas muestran una asociación significativa con el diagnóstico de SII con un $p=0.002$ con un porcentaje del 39.1% de la población general de estudio. Estos otros factores sobre todo el estrés y la violencia familiar, esta última como problema social muy grande en la zona rural, vienen a ser desencadenantes de otras patologías de carácter psicológico más graves, y como consecuencia agravar el estado mental del paciente, esto puede afectar el tejido entérico

según el eje bidireccional cerebro-intestino que se ha ido explicando, provocando un síndrome de signos y síntomas gastrointestinales crónicos, como el síndrome de intestino irritable y otras gastropatías muy asociadas como la gastritis crónica.

7. LIMITACIONES

No se encontraron un gran número de historias clínicas físicas de pacientes registrados en base de datos de estadística del centro de salud, a los cuales se los tuvo que excluir del estudio.

No se tuvo el número telefónico de varios pacientes que contaban con datos de historia clínica insuficiente, a los que también se los tuvo que excluir del estudio.

Las anamnesis y el examen físico redactado fueron muchas veces poco claros e insuficientes, siendo bien escueta o con ausencia de redacción del examen físico. Además de sumisión de atenciones que fueron registradas en base de datos, más no en la historia.

A nivel de literatura y antecedentes no hubieron limitaciones.

8. CONCLUSIONES

1. Los factores de riesgo de mayor asociación significativa al diagnóstico de síndrome de intestino irritable según criterios de Roma IV en los pacientes atendidos en el centro de Salud Cotahuasi, se tiene al factor edad, en el cual va subiendo su tendencia en los grupos de edad a partir de los 25, siendo considerable a partir de los 45 a 55 años ($p < 0.05$), y como un gran factor de riesgo de la zona geográfica, el antecedente de infección gastrointestinal ($p < 0.05$), sea de origen viral, bacteriano o parasitario, así mismo el antecedente más frecuente de gastritis aguda y crónica ($p < 0.05$); que está íntimamente relacionado a la comorbilidad psicológica del trastorno ansioso y depresivo. Así mismo se tuvo una gran tendencia en el sexo femenino en el los pacientes de estudio con criterios de Roma IV.
2. Dentro de las comorbilidades psicopatológicas, los trastornos de ansiedad y depresión, tienen una relación significativa con el diagnóstico de SII según criterios de Roma IV ($p < 0.05$). Así mismo se obtuvo una asociación significativa con otros problemas que alteran el estado de ánimo como la violencia familiar, síndromes de maltrato, abuso sexual y factores de estrés que afectan al individuo y al hogar ($p < 0.05$) que además agravan el cuadro del síndrome intestino irritable, agregando a estos, otros trastornos de carácter psicótico.

3. Se distinguió que el número de veces de antecedentes de infección gastrointestinal como factor de riesgo predominante de origen bacteriano, viral y parasitario con una asociación muy significativa ($p < 0.05$) con los pacientes que cuentan con diagnóstico de SII según criterios de Roma IV. Dentro de esta última se identificó; salmonelosis, giardiasis, amebiasis y shigelosis en las historias clínicas de la población atendida en el centro de salud Cotahuasi con criterios de Roma IV para síndrome de intestino irritable, llegando a desarrollar un SII con mayor probabilidad de frecuencia de 1 a 3 veces por paciente con cuadros leves, y de 4 hasta más de 10 veces en pacientes con exacerbación de las manifestaciones clínicas.

9. RECOMENDACIONES

1. Evaluar la historia de salud mental del paciente, para identificar posible comorbilidad psicopatológica para un diagnóstico temprano del síndrome intestino irritable en su estado leve, o en costa de prevención a su desarrollo. Así mismo, tener en cuenta cuadros de gastritis aguda recurrentes, ya que este también está altamente asociado a los trastornos de ansiedad que eventualmente alteran bidireccionalmente el eje cerebro-intestino.
2. Evaluar los antecedentes de infección gastrointestinal y su recurrencia, ya que esta causa una disbiosis intestinal que suele ser persistente, esto también puede impulsar al tratamiento con prebióticos y probióticos, asociados a un mejor hábito dietético.
3. El presente trabajo es un inicio de estudio para el diagnóstico y factores de del síndrome de intestino irritable en zonas periféricas urbano-rurales de la localidad. Sin embargo se recomienda replicar el estudio para evaluación de hábitos dietéticos de la zona, ya que estos pueden ser un factor importante de la area. Así mismo se recomienda el estudio de opciones de tratamiento del síndrome de intestino irritable en un estudio prospectivo.
4. Se recomienda mejorar el sistema de archivo de historias clínicas y digitación de datos del paciente, implementando un sistema de registro más eficaz según norma técnica, para un mejor desempeño en futuras investigaciones para esta zona.
5. Para los médicos generales y especialistas; dar una mayor importancia y esfuerzo en la redacción de historias clínicas; dando hincapié en la anamnesis y examen físico, ya que esto permitirá además de una mejor evaluación en consulta, un mejor análisis situacional de los pacientes para futuros investigadores.

10. REFERENCIAS

1. Trastornos funcionales gastrointestinales. Cómo tratar sin medicar. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de octubre de 2022 [citado 1 de septiembre de 2022];120(5). Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n5a12.pdf>
2. Amouretti M, Le Pen C, Gaudin AF, Bommelaer G, Frexinos J, Ruszniewski P, et al. Impact of irritable bowel syndrome (IBS) on health-related quality of life (HRQOL). Gastroentérologie Clin Biol. 1 de febrero de 2006;30(2):241-6.
3. Selvi K, Bozo O. Group comparison of individuals with and without irritable bowel syndrome in terms of psychological and lifestyle-related factors. Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci. 2022;35(1):13.
4. Escobal D'Angelo J. Estudio comparativo de intervenciones para el desarrollo rural en la Sierra sur del Perú. Primera edición. Lima, Perú: GRADE Grupo de Análisis para el Desarrollo; 2012. 160 p.
5. ASIS 2019.pdf [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/ASIS/Asis2019/ASIS%202019.pdf>
6. Ramírez S, Villanueva A. Síndrome de intestino irritable. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 2013;70(607):511-4.
7. González M, De Ascencao M. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. ASPECTOS PSICOLÓGICOS. Rev Fac Med. junio de 2005;28(2):139-45.
8. Díaz Kuaik I, Iglesia G de la. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. Summa Psicológica UST. 2019;16(1):42-50.
9. Pueyo JS. Síndrome del intestino irritable. Criterios de Roma.
10. Espinosa Brito A. Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. Rev Cuba Med. septiembre de 2009;48(3):125-34.
11. Uehara TN, Hashimoto H, Bazán F, Tévez A, Bravo G, Schaab S, et al. Comparación entre los criterios diagnósticos del síndrome de intestino irritable en una población latinoamericana. Estudio descriptivo de un centro de atención terciaria. Acta Gastroenterológica Latinoam. 2021;51(2):196-202.
12. Senado Dumoy J. Los factores de riesgo. Rev Cuba Med Gen Integral. agosto de 1999;15(4):446-52.
13. Martínez-Vizcaíno V, Sánchez-López M. Relación entre actividad física y condición física en niños y adolescentes. Rev Esp Cardiol. 1 de febrero de 2008;61(2):108-11.
14. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. agosto de 2020;17(8):473-86.

15. Sebastián Domingo JJ. Síndrome del intestino irritable. *Med Clínica*. 2022;158(2):76-81.
16. Casado Morales MI, Casado Morales MI. Ansiedad, stress y trastornos psicofisiológicos [Internet]. Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones; 1994 [citado 22 de junio de 2023]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2997/>
17. Álvaro-Estramiana JL, Garrido-Luque A, Schweiger-Gallo I. Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión. *Rev Int Sociol*. 30 de agosto de 2010;68(2):333-48.
18. Angós Musgo RJ. Gastritis. *Med Programa Form Médica Contin Acreditado*. 2016;12(2):66-73.
19. Travieso JCF. Incidencia actual de la gastritis: una breve revisión. 45(1).
20. García Palomo JD, Agüero Balbín J, Parra Blanco JA, Santos Benito MF. Enfermedades infecciosas. Concepto. Clasificación. Aspectos generales y específicos de las infecciones. Criterios de sospecha de enfermedad infecciosa. Pruebas diagnósticas complementarias. Criterios de indicación. *Medicine (Baltimore)*. febrero de 2010;10(49):3251-64.
21. Abordaje del adulto con diarrea aguda en entornos ricos en recursos - UpToDate [Internet]. [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-diarrhea-in-resource-rich-settings?search=gastrointestinal%20infections&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1
22. Jones MW, Lopez RA, Deppen JG. Appendicitis. En: StatPearls [Internet] [Internet]. StatPearls Publishing; 2023 [citado 14 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493193/>
23. Cálculos biliares (colelitiasis) - StatPearls - Estantería del NCBI [Internet]. [citado 15 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459370/>
24. [CENEPRED] Escenario de riesgo por COVID-19 para la ciudad de Cotahuasi, provincia de La Unión y departamento de Arequipa (Biblioteca SIGRID) [Internet]. [citado 22 de junio de 2023]. Disponible en: <http://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/documento/11895>
25. Rocha DLC, Carlos J. Hábitos alimentarios relacionado al síndrome de intestino irritable encontrados en el servicio de gastroenterología del Hospital II ES-SALUD de Chíncha - 2011. *Univ Nac Cent Peru [Internet]*. 2012 [citado 22 de junio de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/515>
26. González Guerrero OJ. Asociación entre infección por helicobacter pylori y síndrome de intestino irritable en pacientes del Hospital Albretch de Trujillo. *Univ Priv Antenor Orrego [Internet]*. 2019 [citado 22 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5324>
27. Alfaro Huerta RV. Prevalencia del síndrome del intestino irritable en la consulta

- ambulatoria del Servicio de Gastroenterología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud. Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]. 2005 [citado 22 de junio de 2023]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1773>
28. Pacheco Aspilcueta S. FRECUENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN CRITERIOS DE MANNING EN PERSONAL DE SALUD DEL HOSPITAL REGIONAL PNP MAYOR JULIO PINTO MANRIQUE AREQUIPA 2014. Univ Católica St María - UCSM [Internet]. 27 de marzo de 2015 [citado 22 de junio de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/3241>
 29. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. (Parte 1 de 2). Aten Primaria. enero de 2017;49(1):42-55.
 30. Arenas MC, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. Escr Psicol Internet. diciembre de 2009;3(1):20-9.
 31. Miwa H. Life style in persons with functional gastrointestinal disorders--large-scale internet survey of lifestyle in Japan. Neurogastroenterol Motil Off J Eur Gastrointest Motil Soc. mayo de 2012;24(5):464-71, e217.
 32. Bixquert Jiménez M. Criterios actuales en el diagnóstico del síndrome de intestino irritable: ¿una herramienta útil? Med Integral. 15 de marzo de 2001;37(6):257-69.
 33. Schmulson M, Bielsa MV, Carmona-Sánchez R, Hernández A, López-Colombo A, López Vidal Y, et al. Microbiota, infecciones gastrointestinales, inflamación de bajo grado y antibioticoterapia en el síndrome de intestino irritable. Una revisión basada en evidencias. Rev Gastroenterol México. 1 de abril de 2014;79(2):96-134.
 34. Mearin F, Balboa A. Trastornos funcionales digestivos post-infecciosos: del episodio agudo a la molestia crónica. Gastroenterol Hepatol. 2011;34(6):415-21.
 35. Helvacı MR, Algin MC, Kaya H. Irritable bowel syndrome and chronic gastritis, hemorrhoid, urolithiasis. Eurasian J Med. diciembre de 2009;41(3):158-61.
 36. Chadwick VS, Chen W, Shu D, Paulus B, Bethwaite P, Tie A, et al. Activation of the mucosal immune system in irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 1 de junio de 2002;122(7):1778-83.
 37. Barbara G, Stanghellini V, De Giorgio R, Cremon C, Cottrell GS, Santini D, et al. Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. Gastroenterology. marzo de 2004;126(3):693-702.
 38. Törnblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. Full-thickness biopsy of the jejunum reveals inflammation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrome. Gastroenterology. diciembre de 2002;123(6):1972-9.
 39. Amieva-Balmori M, Azamar-Jácome AA, Rojas-Carrera SI, Cano-Contreras AD,

- Remes-Troche JM. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con antecedente de colecistectomía. ¿Existe alguna asociación? *Med Interna México*. 15 de junio de 2016;32(2):161-8.
40. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, Talley NJ. The brain--gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut*. septiembre de 2012;61(9):1284-90.
41. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. diciembre de 2014;264(8):651-60.



11. ANEXOS.

ANEXO N°1: MATRIZ BASE DE DATOS

Nro	Sexo	Edad	Etnia	Diagnóstico clínico basado en Criterios de Roma IV	Factores de Riesgo							
					Dolor abdominal (1vez/semana x 3meses)	Infección Gastrointestinal (intervalo de nro de veces)	Antecedente abdominal			Antecedente de Comorbilidad Psicopatológica (SRQ-18)		
							Gastritis Aguda y/o crónica	Litiasis vesicular c/s colecistitis	Apendicitis	Ansiedad	Depresión	Otros problemas y/o trastornos
1	2	47	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
2	1	57	1	1	2	2	0	0	1	1	0	
3	1	48	1	1	2	2	1	0	1	1	0	
4	1	53	1	1	1	1	0	0	1	1	0	
5	2	53	1	1	4	2	0	1	1	0	0	
6	1	45	1	1	1	2	0	0	0	0	0	
7	2	28	1	1	0	1	0	0	1	0	1	
8	1	53	1	1	0	1	0	0	1	0	1	
9	2	38	1	1	1	2	0	0	1	1	0	
10	2	52	1	1	1	1	0	0	1	1	0	
11	2	38	1	1	1	1	0	0	1	1	0	
12	1	55	1	1	1	1	0	0	1	0	1	
13	2	27	1	1	4	1	1	0	0	1	1	
14	2	52	1	1	0	2	1	0	1	0	1	
15	2	31	1	1	2	2	1	0	1	0	1	
16	2	59	1	1	0	2	1	0	1	0	1	
17	2	46	1	1	0	1	0	0	1	1	0	
18	2	40	1	1	0	1	0	0	0	0	1	
19	2	47	1	1	0	1	0	0	0	1	1	
20	2	32	1	1	4	2	0	0	1	0	0	
21	2	28	1	1	1	1	0	0	1	1	1	
22	2	48	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
23	2	51	1	1	1	2	1	0	1	1	1	
24	1	50	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
25	2	19	1	1	3	1	0	0	0	0	1	
26	2	56	1	1	1	2	0	0	1	1	0	
27	2	50	1	1	0	2	0	0	1	1	1	
28	2	22	1	1	2	1	1	0	1	1	1	
29	2	33	1	1	3	1	1	0	1	1	0	
30	2	42	1	1	3	2	0	0	0	1	1	
31	2	47	1	1	4	2	0	0	1	1	0	
32	2	29	1	1	3	1	1	0	1	1	1	
33	2	40	1	1	1	1	0	0	0	0	0	
34	1	51	1	1	1	0	0	0	1	1	0	
35	2	58	1	1	1	1	0	0	0	0	1	
36	2	46	1	1	3	1	0	0	0	0	0	
37	2	41	1	1	1	1	0	0	0	1	0	
38	2	31	1	1	1	2	0	0	0	0	0	
39	2	26	1	1	2	1	0	0	0	0	1	
40	2	31	1	1	2	1	0	0	0	0	0	
41	2	61	1	1	3	2	0	1	1	1	0	
42	2	57	1	1	1	1	0	0	1	1	0	
43	2	51	1	1	1	1	0	0	1	1	0	
44	2	47	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
45	2	21	1	1	3	1	0	0	0	0	1	
46	2	28	1	1	4	2	1	0	1	1	1	
47	2	21	1	1	4	1	0	0	0	1	1	
48	2	57	1	1	2	1	1	0	1	0	1	
49	2	57	1	1	0	1	1	0	0	0	0	
50	2	20	1	1	2	1	0	0	0	0	0	
51	2	38	1	1	1	2	0	0	1	1	1	
52	2	30	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
53	2	56	1	1	4	2	1	0	0	0	1	
54	1	63	1	1	4	2	0	0	1	0	1	
55	1	57	1	1	2	1	0	0	1	1	1	
56	2	26	1	1	0	1	0	0	1	1	0	
57	2	51	1	1	2	1	0	0	1	1	1	
58	2	18	1	1	3	1	0	0	0	0	1	
59	2	19	1	1	3	1	0	0	1	1	1	
60	2	40	1	1	1	2	0	0	1	0	1	
61	2	42	1	1	2	1	0	0	1	1	1	
62	2	58	1	1	1	1	0	0	1	0	0	
63	2	39	1	0	1	0	0	0	0	1	0	
64	1	60	1	0	1	1	0	0	0	0	1	
65	2	42	1	0	1	2	1	0	1	1	0	
66	1	57	1	0	1	1	1	0	1	0	0	
67	2	51	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
68	2	43	1	0	1	1	0	0	0	0	0	
69	2	28	1	1	2	2	0	0	0	0	1	
70	2	60	1	1	1	1	0	0	1	1	0	

71	1	52	1	1	2	1	0	1	0	0	1
72	2	34	1	0	1	1	1	0	0	0	1
73	2	64	1	0	1	1	1	0	0	0	0
74	2	28	1	0	1	1	0	0	1	1	1
75	2	27	1	0	1	1	0	0	0	0	1
76	2	56	1	0	0	1	0	0	1	0	0
77	2	37	1	0	0	1	0	0	0	0	0
78	2	65	1	0	1	0	0	0	0	0	0
79	2	20	1	0	2	1	0	0	0	0	0
80	1	57	1	0	1	1	0	1	1	0	0
81	2	38	1	0	1	1	0	0	1	1	1
82	2	50	1	0	1	1	1	0	1	0	1
83	1	24	1	1	2	2	0	0	0	0	1
84	1	48	1	0	1	2	0	0	0	0	0
85	1	29	1	0	1	2	0	0	0	0	1
86	2	38	1	0	0	2	0	0	0	0	1
87	2	42	1	0	2	1	0	0	0	0	0
88	2	48	1	0	1	1	0	0	1	1	0
89	2	55	1	1	1	1	1	0	1	1	0
90	1	18	1	0	1	1	0	0	0	0	1
91	2	39	1	0	1	0	0	0	0	0	0
92	1	49	1	1	2	2	1	1	0	1	0
93	2	33	1	0	2	1	0	0	0	0	0
94	1	50	1	0	1	0	0	0	0	0	0
95	1	64	1	0	0	0	0	0	1	0	0
96	2	42	1	0	0	0	0	0	1	0	0
97	2	39	1	0	0	0	0	0	0	0	0
98	1	56	1	0	1	0	0	0	0	0	0
99	2	33	1	0	0	0	0	0	0	0	0
100	2	23	1	0	1	0	0	0	0	0	0
101	1	32	1	0	1	0	0	0	0	0	0
102	1	61	1	0	1	0	0	0	0	0	0
103	1	29	1	0	1	0	0	0	0	0	0
104	1	60	1	0	0	0	1	0	0	0	0
105	2	26	1	0	0	1	0	0	0	0	0
106	2	48	1	0	0	0	0	0	0	0	1
107	2	40	1	0	0	0	0	0	0	0	0
108	2	18	1	0	0	1	0	1	0	1	0
109	1	23	1	0	0	0	0	0	0	0	0
110	2	65	1	0	0	0	0	0	0	0	0
111	1	36	1	0	1	1	0	0	0	0	0
112	2	63	1	0	0	1	0	0	0	0	0
113	2	61	1	0	0	1	0	0	1	0	0
114	2	24	1	0	0	1	0	0	0	0	0
115	2	24	1	0	0	1	0	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en programa Excel.

(El número de historia clínica no se muestra por razones de confidencialidad y anonimato del paciente).

ANEXO N°2: CUESTIONARIO SRQ-18 ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

**CUESTIONARIO DE SINTOMAS
SRQ – 18**

Fecha..... Entrevistador:.....N° HC:.....
 Nombre del paciente:..... Telf:.....
 Fecha de nacimiento:..... Edad:.....
 Sexo: (M) (F) Dirección:

MOTIVO DE CONSULTA:

.....

	SI	NO
1. Tiene dolores frecuentes de cabeza		
2. Tiene mal apetito		
3. Duerme mal		
4. Se asusta con facilidad		
5. Sufre de temblor en las manos		
6. Se siente nervioso o tenso		
7. Sufre de mala digestión		
8. Es incapaz de pensar con claridad		
9. Se siente triste		
10. Lloro ud. Con mucha frecuencia		
11. Tiene dificultad de disfrutar de sus actividades diarias		
12. Tiene dificultad para tomar decisiones		
13. Tiene dificultad en hacer su trabajo Su trabajo se ha visto afectado		
14. Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida		
15. Ha perdido interés en las cosas		
16. Se siente aburrido		
17. Ha tenido la idea de acabar con su vida		
18. Se siente cansado todo el tiempo		

PUNTUACION DE LAS PREGUNTAS 1- 18 TOTAL

Fuente: Ministerio de Salud. Perú.

ANEXO N°2: CONTINUACIÓN CUESTIONARIO SRQ-18.

	SI	NO
19. Siente ud. Que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma		
20. Es ud. Una persona mucho mas importante de lo piensan los demás		
21. Ha notado interferencia o algo raro en su pensamiento		
22. Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír		
23. Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas: con mordedura de la lengua o perdida del conocimiento		
24. Algunas veces le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. Estaba bebiendo demasiado.		
25. Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido		
26. Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a casusa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos		
27. Ha estado en riña o lo han detenido estando borracho		
28. Le ha parecido alguna vez Ud. Bebía demasiado		

DETERMINACIÓN DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene partes: Las **PRIMERAS 18** preguntas se refieren a trastorno de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansioso y otros, **9 o más** respuestas positiva en este grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental y por lo tanto se le considera un “**caso**” y probablemente **depresión**.

LAS PREGUNTAS 19 A 22 son indicativas de un trastorno psicótico: **una sola respuesta positiva** entre estas 4 determina un “**caso**”.

La respuesta positiva a la **PREGUNTA 23** indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

LAS PREGUNTAS 24 A 28 indican problemas relacionados con el consumo de alcohol; la respuesta positiva a **una sola** de ella determina que la persona tiene **alto riesgo de sufrir alcoholismo**.

Fuente: Ministerio de Salud. Perú.

ANEXO N°3: CUESTIONARIO TELEFÓNICO PARA PACIENTES CON DATOS INSUFICIENTES EN HISTORIA CLÍNICA.

Nro	CUESTIONARIO TELEFÓNICO			
	¿Ha presentado dolor abdominal al menos una vez a la semana asociado	¿Estos dolores ha durado al menos 3 meses consecutivos?	¿Ha presentado episodios de estreñimiento o deposiciones sueltas?Cuál suele ser más	¿Estos síntomas aparecieron desde hace más de 6 meses? Aproximadamente desde cuándo?
1	1	1	1	1
2	1	1	3	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	2	1
8	1	1	2	1
10	1	1	2	1
11	1	1	2	1
12	1	1	2	1
13	1	1	1	1
14	1	1	2	1
15	1	1	1	1
16	1	1	1	1
17	1	1	1	1
18	1	1	1	1
19	1	1	3	1
20	1	1	1	1
21	1	1	3	1
22	1	1	2	1
23	1	1	1	1
24	1	1	3	1
25	1	1	3	1
26	1	1	1	1
27	1	1	1	1
28	1	1	2	1
29	1	1	1	1

Fuente: Elaboración propia.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES ADULTOS DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL CENTRO DE SALUD COTAHUASI. AREQUIPA, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	openaccess.uoc.edu Fuente de Internet	1%
2	www.bvs.sld.cu Fuente de Internet	1%
3	www.riuc.bc.uc.edu.ve Fuente de Internet	1%
4	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	1%
6	actagastro.org Fuente de Internet	1%
7	ri.uaemex.mx Fuente de Internet	1%

Excluir citas Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía Apagado