

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SÍNDROME DE
INTESTINO IRRITABLE EN ESTUDIANTES E INTERNOS
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
DURANTE EL PERIODO JULIO - AGOSTO DEL 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

SIMÓN ARTURO VENANCIO MASGO

**Dra. Patricia Segura Nuñez
Asesor de Tesis**

**Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas
Director de Tesis**

LIMA – PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser mi apoyo físico y mental durante todos los días en los que estuve trabajando en el desarrollo de este proyecto.

A la fundación ROMA y sus representantes que no dudaron en apoyarme en la realización de esta investigación.

Al director de tesis Dr. Jhony De la Cruz Vargas y a mi asesora la Dra. Patricia Segura Nuñez por su apoyo durante la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mi padre por ser la persona que me ayudo a tener perseverancia y no dejarme vencer por ninguna circunstancia durante todos mis años de estudio a pesar de las dificultades.

A mi madre por ser mi modelo a seguir en esta hermosa carrera y por el amor incondicional que me mostro desde el día en que nací.

A Dios por ser mi guía en este largo, pero reconfortante camino que emprendí.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo de síndrome de intestino irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, analítico, de corte transversal. La población estuvo conformada por los estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante los meses de Julio y Agosto del 2016. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado y se añadió criterios de inclusión y exclusión para obtener el tamaño total de una muestra significativa (207 alumnos). Los datos fueron recolectados mediante una ficha de recolección de datos basadas en los protocolos seguidos por STEPwise. Asimismo, se utilizó la escala de HADS para la detección de ansiedad/depresión clínica. Para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable se hizo uso del cuestionario autoevaluativo según criterios de ROMA III.

Resultados: El sexo femenino fue el género predominante dentro de los estudiantes de medicina (66.2 %). La edad promedio de la población de estudio fue de 22.23 años. Se halló una prevalencia de 24% de Síndrome de Intestino Irritable. La variedad predominante fue el subtipo mixto (52%), seguido de los subtipos de diarrea (24%), estreñimiento (20%) y no especificado (4%) respectivamente. Los predictores de SII con significancia estadística hallados durante la presente investigación fueron la presencia de ansiedad borderline ($p=0.001$; OR=4.505; IC 95%: 1.84-11.01), seguido de la presencia de Ansiedad Clínica ($p=0.005$; OR:4.332; IC 95%: 1.54-12.12) y el antecedente de enfermedad crónica ($p=0.012$; OR=2.805; IC 95%: 1.26-6.24)

Conclusiones: El sexo femenino, no practicar ejercicio regularmente, dormir menos de 6 horas, el antecedente de enfermedad crónica, el estrés emocional y tanto la ansiedad borderline como la ansiedad clínica son factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable. El antecedente de enfermedad crónica, la presencia de ansiedad borderline o clínica calificaron como predictores de esta entidad al ser estadísticamente significativos.

Palabras clave: Síndrome de Intestino Irritable, estudiantes de medicina, ansiedad.

Abstract

Objective: To determine the prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in medical students and interns of the Ricardo Palma University.

Materials and Methods: Observational, analytical, cross-sectional study. The population was made up of medical students and interns of the Ricardo Palma University during the months of July and August of 2016. A stratified random sampling was performed and inclusion and exclusion criteria were added to obtain the total size of a significant sample (207 students). Data were collected using a data collection tab based on the protocols followed by STEPwise. In addition, the HADS scale for the detection of clinical anxiety/depression was used. For the diagnosis of Irritable Bowel Syndrome, the self-evaluation questionnaire was used according to the ROME III criteria.

Results: Female gender was the predominant gender among medical students (66.2%). The mean age of the study population was 22.23 years. A prevalence of 24% of Irritable Bowel Syndrome was found. The predominant variety was the mixed subtype (52%), followed by subtypes of diarrhea (24%), constipation (20%) and unspecified (4%), respectively. The predictors of SII with statistical significance found during the present investigation were borderline anxiety ($p=0.001$, OR = 4.505, 95% CI: 1.84-11.01), followed by the presence of Clinical Anxiety ($p=0.005$; OR: 4.332, 95% CI: 1.54-12.12) and the antecedent of chronic disease ($p=0.012$, OR = 2.805, 95% CI: 1.26-6.24).

CONCLUSIONS: Female sex, not exercising regularly, sleep less than 6 hours, antecedent of chronic disease, emotional stress and both borderline anxiety and clinical anxiety are risk factors for the development of Irritable Bowel Syndrome. The antecedent of chronic disease, the presence of borderline or clinical anxiety classified as predictors of this entity to be statistically significant.

Key words: *Irritable Bowel Syndrome, medical students, anxiety.*

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable se define como un trastorno funcional digestivo caracterizado por múltiples síntomas gastrointestinales sin una causa orgánica evidente. En el mismo, el dolor abdominal se asocia con cambios en el hábito intestinal o alteraciones en la defecación, como urgencia, dificultad o sensación de evacuación incompleta, alteración en la consistencia o frecuencia de las deposiciones, o distensión abdominal¹.

En muchos estudios se ha evidenciado que la presencia de síntomas de SII entre los estudiantes de ciencias de la salud; con especial énfasis en la población de estudiantes de medicina, se asocia a un impacto considerable en la calidad de vida y el funcionamiento diario. Adicionalmente, muestran valores significativamente más elevados de tensión mental y estrés crónico.

Por todo lo mencionado esta tesis es un estudio que tiene como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a Síndrome de Intestino Irritable en los estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo julio - agosto del 2016.

El presente trabajo tiene los presentes capítulos:

En el capítulo I se abarca el problema, planteamiento, justificación, objetivos y la línea de investigación pautada.

En el capítulo II se abordan aspectos teóricos del Síndrome de Intestino Irritable, como clasificación, diagnóstico, etiología y manejo. Se enumeran también diversos estudios previos a este que sirven como antecedentes para poder discutir la problemática de este trabajo.

En el capítulo III se presentan las hipótesis planteadas y las variables estudiadas durante la realización del estudio.

En el capítulo IV se muestra la metodología seguida para la realización de este trabajo. Así como sus variables, instrumentos de procesamiento y recolección. Además, nos permite identificar nuestra muestra y población con los criterios de inclusión y exclusión.

En el capítulo V se ofrece interpretación de los resultados y la discusión.

Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones sugeridas tras los datos obtenidos por la presente investigación.

INDICE

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Justificación de la investigación.....	2
1.4 Objetivos de la investigación.....	3
1.5 Línea de investigación.....	4
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	5
2.1 Antecedentes.....	5
2.2 Bases teóricas.....	9
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES.....	24
3.1 Hipótesis.....	24
3.2 Variables.....	24
CAPITULO IV: METODOLOGIA.....	25
4.1 Tipo y diseño general de estudio.....	25
4.2 Población de estudio, selección y tamaño muestral.....	25
4.3 Criterios de inclusión y exclusión	26
4.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	27
4.4 Aspectos éticos en la investigación	27
4.5 Procesamiento y análisis de resultados	28
CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSION.....	29
5.1 Resultados.....	29
5.2 Discusión.....	63
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	71
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	72
ANEXOS.....	78

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síndrome de intestino irritable (SII) es una enfermedad caracterizada por la presencia de dolor abdominal o discomfort asociado a cambios en el ritmo evacuatorio². Es una entidad de carácter crónico y por ende de evolución alternante, el cual es considerado un desafío diagnóstico clínico aun en el siglo 21 al no tener algún tipo de examen auxiliar que la defina con precisión¹.

Actualmente es uno de los trastornos funcionales digestivos de mayor prevalencia en la población mundial. Estudios realizados en distintos países del mundo determinaron que entre el 15% - 20% de la población mundial padece del SII^{3,4}. Sin embargo, esto variaría entre los diferentes continentes. Es así como su prevalencia es mucho mayor en Sudamérica (21%) que en el sudeste de Asia (7%) A su vez, en países latinoamericanos como Chile, Brasil, México, Colombia y Uruguay, los datos revelaron que la prevalencia del SII fluctúa entre el 9 y 29% de la población.

La prevalencia en el Perú no ha sido del todo determinada, y hay datos variables dependiendo del tipo de criterio utilizado para el mismo. Sin embargo, un estudio reportó una prevalencia del SII en la población peruana correspondiente al 24%⁵.

El SII afecta claramente la calidad de vida de estos pacientes. Se ha evidenciado que esta entidad tiene un gran impacto financiero a los sistemas de salud y a la sociedad⁶. Es una causa importante de ausentismo laboral, así como de disminución de la calidad de horas de trabajo. Adicionalmente, al ser una entidad de carácter crónico y en muchos casos de difícil diagnóstico y subsecuente tratamiento, es una causa común de visitas frecuentes a los consultorios de medicina^{3,7}.

Esta enfermedad tiene un gran número de factores de riesgo los cuales predisponen en muchos casos a la aparición o exacerbación de los síntomas característicos del SII. A su vez, todos ellos han sido descritos dentro de la fisiopatología de esta entidad los cuales hasta ahora no han sido del todo dilucidados⁷.

Los estudios en poblaciones de riesgo como lo son los estudiantes y profesionales ligados a las áreas de las ciencias de la salud es de vital importancia ya que se sabe que este grupo en especial se caracteriza por sufrir cambios radicales tanto cognitivos como emocionales durante toda su carrera⁸. Más aun, la prevalencia y los factores de riesgo asociados no han sido del todo determinados en esta población en especial, y una revisión actualizada del mismo debería ser necesaria para una comprensión global del problema en sí.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por los motivos ya expuesto se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina humana de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo Julio – Agosto del 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El SII es una entidad gastroenterológica funcional que en los últimos años está siendo mejor diagnosticada y por ende aumentando su prevalencia de manera exponencial. A su vez, los estudiantes de medicina son una población en especial en los cuales estudios muestran una importante relación con esta patología, siendo una causa importante de morbilidad y subsecuente consulta en gastroenterología cuando se busca atención médica especializada².

En la actualidad, el diagnóstico de esta patología se hace basado en los criterios de ROMA III, el cual arroja resultados bastante fidedignos para la detección del SII(9). Por otro lado, los factores de riesgo predisponentes a SII en estudiantes de medicina no están del todo claros y podrían variar en comparación a la población en general, en parte explicados por los cambios necesarios que tienen que superar la población de pregrado para sobrellevar la carga académica en esta profesión¹⁰.

Adicionalmente, se sabe que el SII es una causa importante de ausentismo laboral y estudiantil. Además, es causa frecuente de consulta en hospitales alrededor del mundo. Sin embargo, en muchos casos esta entidad es

subdiagnosticada, con el subsecuente tratamiento crónico que en muchos casos al no ser dirigido de manera eficaz, se vuelve ineficiente e incluso perjudicial en algunos casos. Esto a su vez implica una carga económica adicional para los pacientes que tienen que medicarse con fármacos que en muchos casos no alivian o alivian parcialmente sus síntomas⁶.

Los últimos estudios acerca de SII mencionan que al corregir o eliminar los factores que puedan desencadenar o exacerbar los síntomas de esta enfermedad, se puede hallar una mejora substancial para estos pacientes y por ende para su desempeño laboral y estudiantil¹¹.

Teniendo en cuenta que el SII la cual no cuenta con muchos estudios en nuestro país, y mucho menos enfocados a esta población en especial como lo son los estudiantes de medicina, se hace necesario una investigación actualizada en este grupo en específico.

Una vez desarrollado esta investigación y con los subsecuentes resultados, se informará a las autoridades y población estudiantil en general acerca de los factores de riesgo modificables y cuáles podrían ser las medidas a tomarse para la corrección de los mismos, esperando poder lograr en el futuro una mejora en su calidad de vida.

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general

Determinar la prevalencia y factores de riesgo de síndrome de intestino irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de síndrome de intestino irritable en los estudiante e internos de medicina

- Determinar las características socio demográficas como factores de riesgo para síndrome de intestino irritable.
- Determinar hábitos nocivos como factores de riesgo para síndrome de intestino irritable.
- Establecer los antecedentes personales o familiares que son factores de riesgo para síndrome de intestino irritable.
- Determinar los aspectos psicológicos que son factores de riesgo para síndrome de intestino irritable.

1.5 LINEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo se encuentra incluido dentro de la línea de investigación de enfermedades no transmisibles incluido dentro de los ejes principales de investigación de INCIB en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma durante el periodo 2016 - 2021. Se ejecutó en los ambientes físicos de la facultad de medicina de la Universidad Ricardo Palma, durante el periodo Julio – Agosto del 2016.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

Vargas-Matos et al¹² determinaron la prevalencia de síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional en estudiantes de medicina de una universidad privada en Lima, Perú. Asimismo, determinaron los factores asociados a estas patologías. Lo realizaron mediante un estudio de corte transversal observacional, descriptivo, retrospectivo. Encuestaron usando un cuestionario auto aplicado para trastornos funcionales Roma III y el cuestionario auto aplicado STEPwise para la definición de variables de consumo de alcohol y tabaco. Se determinó una prevalencia de 12,4% de Síndrome de Intestino Irritable y 16,9% de dispepsia. Se reportó una superposición de estas patologías en 7,1%

Ibrahim et al¹³ hizo una revisión sistemática de la literatura e identificó dieciséis estudios. Encontró una prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de medicina en valores que iban entre 9.3% y 35.5%. La relativa alta prevalencia encontrada entre los estudiantes de medicina podría ser explicada en parte por el estresante ambiente académico al que están expuestos. Algunos estudios encontraron además que el género femenino, una historia familiar previa de esta patología, estresores psiquiátricos como ansiedad/depresión, factores dietéticos y trastornos del sueño estaban asociados con el Síndrome de Intestino Irritable. El autor recomienda finalmente que un estudio de screening anual para esta patología debería realizarse, así como la introducción de cursos para el manejo del stress en esta población de riesgo.

Fariborz Mansour-Ghanaei et al¹⁴ realizaron un estudio en una población de 422 estudiantes de medicina de una universidad de Irán a través de entrevista mediante la aplicación de los criterios de Roma II. Encontraron una prevalencia de 12.6 % para Síndrome de Intestino Irritable con mayor presencia en los estudiantes de sexo femenino. Esto a su vez demostraba una prevalencia mayor que en la población en general.

Ibrahim et al¹⁰ elaboraron un estudio transversal entre 597 estudiantes e internos de medicina seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado multinivel en el 2012. Se usó un cuestionario anónimo para recolectar información acerca de datos sociodemográficos, nivel de estrés emocional e hipersensibilidad alimentaria. Adicionalmente se hizo uso de un cuestionario autoevaluativo basado en los criterios de Roma III validado y una escala hospitalaria estandarizada para la detección de ansiedad y/o depresión. La prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable encontrada fue de 31.8%. El sexo femenino (OR: 2.89), la ansiedad mórbida (OR: 2.44), el estrés emocional y el cursar ciclos superiores de estudio fueron los principales predictores de Síndrome de Intestino Irritable en los estudiantes de medicina. Recomiendan hacer un screening para la detección de esta patología, así como la introducción de métodos para el manejo del estrés.

Basandra y Bajaj¹⁵ elaboraron un estudio transversal evaluando a 210 estudiantes de medicina de una Universidad de la India, haciendo uso de cuestionarios para identificar características sociodemográficas, así como estilos de vida. A su vez usaron los criterios de Roma III para el diagnóstico tanto de Síndrome de Intestino Irritable como de Dispepsia. Encontraron una prevalencia de 16.5% para el Síndrome de Intestino Irritable. Los principales factores de riesgo asociados fueron la ingesta de comidas grasas, el consumo de cigarrillos y la baja actividad física. Recomendaron modificar estilos de vida predominantemente para prevenir la aparición de esta patología.

Okami, Yukiko et al¹⁶ hicieron uso de un cuestionario para identificación de síntomas de Síndrome de Intestino Irritable, así como la presencia de diferentes estilos de vida, calidad de dieta, ansiedad y depresión. Se recolectaron respuestas de 1768 estudiantes de medicina y enfermería de una universidad japonesa. Se encontró una prevalencia global de Síndrome de Intestino Irritable en un 35.5%, con una tendencia mayor en la población femenina. Se encontró un mayor score en la escala de ansiedad y depresión, así como una mayor incidencia de eventos traumáticos en el grupo en el que fue detectado la presencia de Síndrome de Intestino Irritable. En la población masculina otros factores que también estuvieron fuertemente asociados fueron los trastornos

del sueño y la cantidad de horas sentado. Mientras que en la población femenina otros factores asociados fueron el consumo de alimentos procesados en lugar de una dieta balanceada.

Naeem, Syed et al¹⁷ realizaron un estudio observacional de casos y controles en tres facultades de medicina de Pakistán. Eligieron 360 estudiantes de medicina de manera aleatoria y se usó una herramienta validada basada en los criterios de Roma III así como un cuestionario para el trastorno de ansiedad generalizada. La prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable encontrada fue de un 28.3% con predominancia en la población de mujeres (85.29%) que en los hombres (14.71%). Síntomas psicológicos relacionados a ansiedad fueron encontrados en una buena parte de la población de estudio (55.8%).

Tayama, Jun et al¹⁸ realizaron un estudio transversal con 1686 estudiantes universitarios haciendo uso de un cuestionario basado en los criterios de Roma III. Encontraron una prevalencia acorde con el subtipo de Síndrome de Intestino Irritable que presentaban: con predominio de diarrea (5%), con predominio de estreñimiento (2%), de tipo mixto (10%), y los no clasificables (3%). A su vez hallaron que los participantes del estudio a los que fueron detectados la presencia de Síndrome de Intestino Irritable tenían una mayor tendencia a sufrir de mala adaptación académica (OR: 1.62; IC: 95%, 1.24–2.21) así como de ansiedad en el trabajo (OR: 2.16; IC: 95%, 1.68–2.81).

Liu, Yang et al¹⁹ realizaron un estudio transversal para la detección de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes de medicina de una Universidad de China. Hicieron uso de cuestionarios autoevaluativos a una población de 777 estudiantes, encontrando una prevalencia de esta entidad en un 33.3% a predominio de la población femenina (36.1%). La mayor parte estos presentaban el subtipo mixto de SII (43.9%) con manifestaciones severas a moderadas de los síntomas en un 77.6%. No hubo diferencias significativas en los resultados de la evaluación para ansiedad-depresión en los dos grupos estudiados. Sin embargo, los scores para la evaluación de la calidad de sueño, traumas infantiles y estrés estudiantil fueron más elevados en los pacientes que presentaban Síndrome de Intestino Irritable.

Shen, Lei et al²⁰ hicieron uso de datos demográficos y cuestionarios validados para síntomas que detectaran la presencia de Síndrome de Intestino Irritable según los criterios de Roma II y su relación con el stress psicológico en estudiantes de una universidad de China. Se encontró una prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable del 15.7%. Los síntomas manifestados más comunes eran el dolor abdominal acompañado de un cambio en la consistencia de las heces (36.9%), seguido de un cambio del ritmo evacuatorio (16.3%) y de remisión del dolor abdominal al defecar (12.4%). Síntomas psicológicos y psicopáticos para ansiedad-depresión fueron fuertemente asociados a los pacientes que sufrían de SII, por lo que los autores recomendaban tomar medidas para aliviar el estrés a los que estaban expuestos los alumnos universitarios susceptibles a esta entidad.

Joo Jung, Hyun et al²¹ elaboraron un estudio transversal a 319 estudiantes de medicina de 6 años de estudio distintos de una universidad de Corea. Fueron evaluados a través de un cuestionario autoevaluable basados en los criterios de Roma III. Adicionalmente completaron otro cuestionario acerca de hábitos dietéticos y frecuencia de ingesta de comidas. La prevalencia global de Síndrome de Intestino Irritable encontrada fue de 29.2%. Sin embargo, no se encontró una asociación directa entre las características dietéticas o hábitos alimenticios con el Síndrome de Intestino Irritable.

2.2 BASES TEORICAS

DEFINICIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es una enfermedad de naturaleza crónica y recurrente comprendida dentro de los trastornos funcionales gastrointestinales, la cual tiene un impacto en la calidad de vida de estas personas con una posterior repercusión en el ámbito social¹. La asociación entre el dolor o molestia abdominal y la alteración o cambio en los hábitos evacuatorios en ausencia de enfermedad orgánica evidente son las características principales de esta entidad⁷.

La prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable (SII) varía entre los países y depende mucho del criterio diagnóstico utilizado en la misma. En los países industrializados la prevalencia del mismo puede variar entre 5 – 15 % de la población, variando según la definición utilizada (Manning, Roma I, II o III)²². Sin embargo, en la mayoría de los estudios hay una predominancia por la población femenina independientemente del método usado o población elegida. Además, la frecuencia de esta entidad disminuye con los años y es poco común diagnosticarla por encima de los 50 años.

Existen múltiples comorbilidades asociadas al SII, entre las cuales destacan los síndromes dolorosos somáticos²³ (Síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y dolor pélvico crónico), trastornos gastrointestinales funcionales¹² (Enfermedad por reflujo gastroesofágico y dispepsia) y trastornos psiquiátricos²⁰ (Depresión, ansiedad y somatización) con los cuales tendrían un origen fisiopatológico en común.

FISIOPATOLOGÍA

En la mayoría de los casos, el SII es una enfermedad crónica cuyos síntomas varían durante el tiempo, pudiendo mejorar o empeorar dependiendo de los factores comorbidos a los que estén expuestos los pacientes con esta patología²⁴.

A su vez esta entidad es considerada un trastorno multifactorial, debido a que no existe una causa única, ni un agente etiológico al que pueda atribuírsele dicho padecimiento². No se conocen con exactitud los mecanismos involucrados; sin embargo, se puede incluir los factores expuestos en 2 categorías: Factores del huésped y factores ambientales.

1. FACTORES DEL HUESPED

Factores genéticos

Se ha demostrado que existe una mayor prevalencia de trastornos funcionales digestivos en determinadas familias, lo que podría deberse a cierta predisposición genética²⁵. De igual forma algunos estudios han sugerido que existe cierta predisposición familiar en el SII similar a la que se observa en enfermedades gastrointestinales, como la enfermedad celíaca(26). Además, un estudio llevado a cabo en gemelos, concluyó que el riesgo de padecer trastornos funcionales, se puede atribuir tanto a factores genéticos como ambientales en un 57% y 43% respectivamente⁴.

Es así, como diversos estudios realizados en familiares de pacientes con SII, encontraron un riesgo 2-3 veces mayor de padecer un trastorno similar con mayor frecuencia, entre gemelos homo y heterocigotos²⁷. Además, dichos estudios señalan que existe alta prevalencia de historia de abusos, cuadros de depresión o ansiedad y antecedente de infección gastrointestinal, tanto en los familiares como pacientes con SII¹⁸.

Actualmente se han evaluado alrededor de 60 genes, con el fin de determinar la influencia de ciertas variantes genéticas en el SII. Los genes se han seleccionado según su implicación en la regulación proteica de la función sensorial y motora del intestino, tanto a nivel central como periférico con la medición serotoninérgica y adrenérgica, o por su participación en la regulación de la respuesta inmunológica del intestino, frente a infecciones³.

Es por ello, que estudios recientes llevados a cabo en pacientes con SII con predominio diarrea, mostraron una fuerte asociación entre polimorfismos de la proteína SERT, encargada de la recaptación de la serotonina de la luz intestinal. Según los resultados obtenidos, una disminución de la proteína SERT, conlleva al incremento de los niveles de serotonina en la luz intestinal, lo que provoca secreción y motilidad intestinal dando lugar a la diarrea¹.

Los genes que se han implicado en el desarrollo del SII, son el HTR2A, HTR3E, IL10 e IL6, además que el gen IL6, CDH1 y TLR9 pueden presentar un locus de susceptibilidad para el desarrollo del SII post-infeccioso²⁸. Sin embargo, dicha susceptibilidad genética es únicamente un factor predisponente, que necesita de los factores ambientales al igual que en la enfermedad de Crohn. Dichos hallazgos, proporcionan evidencia de la interacción entre factores genéticos y ambientales en el desarrollo de SII.

Trastornos de la motilidad

Según estudios realizados, se considera que los pacientes con SII presentan varias alteraciones de la motilidad intestinal, tanto a nivel de intestino delgado como de intestino grueso, desde aceleración o enlentecimiento del tránsito intestinal, según sea SII con predominio diarrea o estreñimiento. Además, se ha observado que dichos pacientes, presentan contracciones intestinales anormales intensas y prolongadas, tanto en el íleon como en colon, en respuesta a estímulos como colecistoquinina, ingesta de alimento, estrés, entre otros²³.

Es por ello, que se considera que dichas alteraciones, pueden explicar la relación entre el inicio de los síntomas con la ingesta de los alimentos o bien la

exacerbación durante períodos de estrés. Además, se han descrito alteraciones en la actividad eléctrica gástrica, aumento de la frecuencia del complejo motor migratorio, aumento de contracciones yeyunales y propulsión ileal, además de las respuestas motoras exageradas al alimento y estrés. Sin embargo, a pesar de todos estos avances en cuanto a la fisiopatología, aún se observan anormalidades motoras que están también presentes en personas sanas, por lo que se deben considerar otros factores²⁶.

Hipersensibilidad visceral

Diversos estudios han demostrado que quienes padecen de SII presentan una percepción anormal del dolor ante estímulos viscerales, que no son dolorosos para personas sanas, esto es llamado hipersensibilidad visceral. Las encargadas de la percepción de las sensaciones viscerales, son las fibras aferentes de diámetro pequeño, a las que se les encomienda llevar la información a la médula espinal y tallo cerebral, con un sitio de revelo a nivel del hipotálamo y amígdala²⁴.

Se ha observado que las sensaciones abdominales, están mediadas por vías aferentes, activadas por estímulos que actúan sobre los mecanorreceptores, nociceptores mesentéricos y quimiorreceptores, encargados de detectar cambios por distensión, dolor y osmolaridad, temperatura y pH respectivamente. Los receptores envían la información al cerebro donde se lleva a cabo la percepción consciente, a nivel central existe una red bastante compleja encargada de la regulación de la información influida tanto por factores emocionales como cognitivos⁷.

Existen diversas formas de presentación de la hipersensibilidad visceral, ya sea como hiperalgesia, alodinia, hipervigilancia o bien como una percepción exagerada del dolor. Diversos estudios realizados a nivel de los segmentos del intestino, han permitido documentar una percepción anormalmente alta y desproporcionada, a la que se observa en pacientes sanos cuando se insufla el intestino como un balón. Esto sugiere, que podría ser ésta la causa de la urgencia defecatoria que se observa en algunos pacientes con SII, ante

incrementos leves de la presión endoluminal en respuesta al reflejo gastrocólico o al estrés²⁹.

Disfunción del eje Cerebroespinal

La adecuada coordinación entre los impulsos sensoriales y respuesta motora del intestino lleva consigo la normalidad de la función gastrointestinal. Por lo tanto, es importante la integración de dichos mecanismos a nivel central, además de la intervención del sistema nervioso autónomo. También se ha observado, que pacientes con SII que han sufrido un evento estresante previo, tanto en la infancia como adolescencia, tienden a presentar mayores anormalidades de dicho eje, sobre todo aquellos que han sufrido abuso emocional, físico o sexual²³.

Además, se ha propuesto que cualquier anormalidad en las concentraciones de neurotransmisores que regulan la función del sistema nervioso entérico, como la serotonina, podrían intervenir en el desarrollo del SII. La distensión colorectal en los pacientes con SII estimula la corteza cingulada anterior, la amígdala cerebelosa y el mesencéfalo, revelando una conexión entre estas zonas y los cambios funcionales gastroenterológicos. Es por ello, que se han desarrollado agentes serotoninérgicos, como los antagonistas de los receptores de serotonina 5-HT₃, que demuestran su efectividad en algunos casos de síndrome de intestino irritable³.

Por otro lado, la presencia de hormonas relacionadas al estrés como la hormona liberadora de corticotropina (HLC) contribuyen a la permanencia del estado patológico en el SII. Los movimientos intestinales inducidos por estrés se activan con la presencia de este péptido y se suprimen con la falta del mismo⁸.

Adicionalmente existen otras sustancias que también desencadenarían los síntomas en los pacientes con SII como lo son la histamina, el óxido nítrico, la colecistoquinina, somatostatina, sustancia P, encefalinas y el péptido relacionado al gen de la calcitonina.

Inflamación

En los últimos veinte años, se han publicado varios estudios que sugieren una relación entre la inflamación la mucosa intestinal y la flora intestinal en el SII. Estos estudios revelan que aproximadamente del 7-15% de los pacientes con SII, presentan un antecedente de gastroenteritis al inicio de los síntomas.

A comparación de las personas sanas, los pacientes con SII tienen un mayor número de células mastoideas en la mucosa del íleon distal y colon. A su vez, estos pacientes presentan una mayor cantidad de linfocitos intraepiteliales, células CD3 y CD25 en la mucosa colónica, indicando que probablemente se encuentran en un estado de inmunostimulación constante con un subsecuente aumento de la permeabilidad de la mucosa. También se ha observado incremento de mastocitos y triptasa en la mucosa intestinal, al igual que citoquinas pro-inflamatorias como IL-6, IL1b, factor de necrosis tumoral α , entre otros³⁰.

Factores luminales

Se ha observado que existen diversos factores que pueden incrementar los síntomas del SII, como los componentes de la dieta, entre los cuales destacan los carbohidratos mal absorbidos, como lactosa y fructuosa, además de ácidos grasos de cadena corta o sales biliares. A pesar de ello, según estudios realizados, la prevalencia de intolerancia a la lactosa en pacientes con SII, no cambia de la población sana³¹.

Gas y distensión abdominal

Se cree que los pacientes con SII, pudiesen tener un tránsito de gas enlentecido o bien disminución de la tolerancia al gas, esto debido a que la distensión abdominal y sensación de “hinchazón”, forman parte de la sintomatología que generalmente refieren los pacientes, principalmente aquellos con predominio de estreñimiento. En algunas ocasiones puede ser secundario a intolerancia de

hidratos de carbono, que se presenta principalmente en mujeres más que hombres³².

También se ha propuesto que la distensión abdominal, se relaciona con fenómenos de disfunción ano rectal asociada a propulsión retardada del bolo fecal y heces duras, según explican algunos autores. Por otro lado, el uso de técnicas como gammagrafía, pletismografía y tomografía computarizada, han sugerido que algunos pacientes pudiesen presentar retención de gas en el intestino delgado con dificultades para el aclaramiento del gas perfundido en el yeyuno⁵.

Otro de los avances realizados gracias a la tomografía computarizada, han llevado a reconocer alteraciones en los movimientos del diafragma y musculatura de pared abdominal, ya que existen algunos pacientes que presentan una verdadera retención de gas por dismotilidad del intestino delgado asociada a migración en sentido craneal del diafragma, así como protrusión de la pared abdominal anterior. Sin embargo, existen otros que presentan una “hinchazón funcional” ya que realmente no presentan retención de gas, sino solamente alteración de los movimientos del diafragma y de la pared abdominal².

Alteración de la flora intestinal

Recientemente se ha postulado que ciertas alteraciones en la microflora intestinal, puede desempeñar una función relevante en la patogénesis del SII. Tomando en cuenta que en el tracto gastrointestinal existen más de 500 especies de bacterias que viven en una relación simbiótica. Estudios realizados demuestran una interacción entre la microflora bacteriana con la mucosa intestinal. A través de cultivos, se ha encontrado una concentración disminuida de ciertas especies, como *Lactobacillus* y *Bifidobacterium* en pacientes con SII en comparación con personas sanas. También se ha demostrado, un sobrecrecimiento bacteriano en los pacientes con SII, aunque aún se encuentra en debate. Sin embargo, esto apoya el uso de antibióticos o probióticos en el tratamiento, ya que se ha encontrado que la microflora productora de metano se relaciona con estreñimiento⁵.

La administración de antibióticos, también está respaldada con al menos cinco estudios controlados y aleatorizados, que señalan que con dicho tratamiento mejoran los síntomas de los pacientes con SII, al mismo tiempo que normaliza los resultados del test de aliento. También se cree que el desarrollo de SII, podría estar relacionado con un fallo, en el aclaramiento de bacterias por enlentecimiento del tránsito intestinal, debido a una disminución de la fase III del complejo motor migratorio interdigestivo, según estudios realizados²⁸.

Otro de los argumentos que forma parte de la hipótesis planteada en los últimos tiempos, es el desarrollo de un SII post-infeccioso. Esto debido a que se ha observado que luego de un episodio de gastroenteritis infecciosa, se pueden desarrollar síntomas compatibles con SII, lo que ha sido confirmado a través de dos metaanálisis los que reportan al menos un 10% de los casos. Además se ha encontrado elevación de citocinas proinflamatorias como IL-1b, en biopsias rectales e ileales así como linfocitos intraepiteliales⁷.

FACTORES AMBIENTALES

Estrés

El estrés juega un rol bastante importante en la manifestación de los síntomas del SII. Los pacientes pueden presentar la aparición o empeoramiento de los síntomas concomitantemente a la percepción de un factor estresante externo. Al ser expuestos a un estímulo estresor estos pacientes presentan una activación de la motilidad intestinal, esta reacción estimula a su vez al sistema nervioso central, específicamente las áreas que regulan la respuesta al estrés con una variación definida entre sexos⁸. La incapacidad de los pacientes con SII para poder adaptarse a cambios bruscos de su entorno podría deberse en parte a un bajo nivel de activación de la corteza prefrontal dorso lateral derecha la cual jugaría un papel importante en la respuesta al estrés¹⁶.

Factores psicológicos

Se ha demostrado que existen altos índices de comorbilidad psicológica en el síndrome de intestino irritable, siendo principalmente trastornos como ansiedad y depresión. Se estima que alrededor de dos terceras partes de los pacientes con síndrome de intestino irritable, presentan dichos trastornos, debido a que se han encontrado en un 40-60% de los pacientes⁸. Sin embargo, no forman parte de los criterios diagnósticos, pero si constituyen un aspecto relacionado que no debe olvidarse, debido a que influyen de cierta forma en el curso y gravedad de los síntomas.

Siendo el sexo femenino, el que ha demostrado mayor relación con dichos trastornos. Además, se ha encontrado alta prevalencia del síndrome de ansiedad generalizada, alteraciones del estado de ánimo como distimia y depresión, además de pánico y trastornos somatomorfos, entre otros. También se han encontrado altas tasas de fenómenos de adaptación ineficiente a situaciones difíciles, por lo que se cree que un acontecimiento complicado en la vida de la persona, sea el punto de partida de los primeros síntomas. Además, se ha observado que el riesgo de suicidio en dicha población, se eleva de 2-4 veces más, de igual manera, es más frecuente el uso de ansiolíticos, antidepresivos, anti psicóticos o sedantes, con un riesgo dos veces mayor. Por consiguiente, es necesario un abordaje integral de dicho padecimiento¹⁸.

Sueño

Se ha demostrado que los trastornos del sueño, son más frecuentes en pacientes con SII, como prolongación de las fases 3 y 4 del sueño y sensación de no haber descansado al despertar¹⁶. Además, estudios llevados a cabo en enfermeras, reportaron que los síntomas del SII, son más acentuados en quienes realizan turnos de noche, comparados con quienes trabajan únicamente de día³³.

DIAGNÓSTICO

A lo largo del tiempo, se han descrito múltiples criterios diagnósticos basados en síntomas, con el objetivo de unificar y estandarizar su diagnóstico²⁴.

Siendo así que, en 1976, surgen los primeros criterios diagnósticos para el síndrome de intestino irritable o criterios de Manning; sin embargo, su valor predictivo positivo no era muy alto. Motivo por el cual surge la fundación ROMA, con el objetivo de desarrollar guías y pautas que simplifiquen el manejo de dicho padecimiento²⁶. Luego que, en el año 1984, naciera la idea en el duodécimo Congreso Internacional de Gastroenterología, en el que se organizó un comité de expertos en el tema, para el desarrollo de los criterios diagnósticos de Roma en el año 1989. Fue así, como se publican los primeros Criterios de Roma I en 1994, que posteriormente se modifican dando lugar a los criterios de Roma II en 1999, y en el año 2006 surgen los criterios de Roma III.

Los criterios diagnósticos de Roma III, basados en síntomas para el síndrome de intestino irritable son:

1. Dolor o molestia abdominal recurrente al menos tres días por mes, en los últimos tres meses asociado a dos o más de los siguientes:

- a) inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones,
- b) inicio asociado con un cambio en la forma o apariencia de las evacuaciones.

2) Los criterios deben cumplirse durante los últimos tres meses, pero los síntomas haber iniciado al menos seis meses antes del diagnóstico.

Es por ello, que actualmente el diagnóstico del síndrome de intestino irritable se considera “positivo” y no de exclusión, esto gracias a que a lo largo de los años, se han ido unificando sus criterios diagnósticos. Por lo que en pacientes que no presenten datos de alarma y cumplan con dichos criterios, se puede realizar una aproximación diagnóstica fiable y segura, sin necesidad de utilizar otras pruebas complementarias, ya que los criterios de Roma III presentan una sensibilidad de 70.7%, una especificidad de 87.8% con un valor predictivo positivo cercano al 100%²⁷.

Se recomienda evitar el uso de las pruebas o exámenes complementarios, ya que la mayoría de estos podrían resultar falsos positivos. Sin embargo, aún existe cierta controversia respecto al tema, ya que a pesar que en la mayoría de los casos no se necesita ninguna prueba adicional, algunos sugieren que se realice exámenes como hematología completa, bioquímica, pruebas tiroideas, examen de heces, entre otros. Es por ello que diversos estudios, coinciden en señalar que en ausencia de datos de alarma, la probabilidad de encontrar una enfermedad orgánica con el uso de exámenes elementales, no es mayor a la encontrada en controles sanos. Esto es distinto en pacientes que presentan datos de alarma, en quienes se deben realizar pruebas para descartar otras patologías, a través de estudios de laboratorio, imagen o endoscópicos, según sea el caso³⁴.

CLASIFICACIÓN

Se han definido cuatro subgrupos del síndrome de intestino irritable, según el patrón de las evacuaciones, ya sea con predominio estreñimiento, predominio diarrea, mixto y patrón no clasificable³⁵.

Los requerimientos para establecer las diferentes categorías de SII son los siguientes:

- a. SII con predominio de estreñimiento: heces duras $\geq 25\%$ de las ocasiones/heces “sueltas” o acuosas $\leq 25\%$ de las ocasiones.
- b. SII con predominio de diarrea: heces “sueltas” o acuosas $\geq 25\%$ de las ocasiones/heces duras $< 5\%$ de las defecaciones.
- c. Patrón mixto: heces duras $\geq 25\%$ de las ocasiones/heces “sueltas” o acuosas $\geq 25\%$ de las ocasiones.
- d. Patrón indefinido: anormalidad insuficiente de la consistencia de las deposiciones para reunir los criterios expuestos para el resto de las categorías.

Escala de Bristol

Los criterios de Roma III, utilizan la escala de Bristol, para determinar el subgrupo de síndrome de intestino irritable, a través de una escala visual que identifica la forma de las evacuaciones, presentando siete formas distintas de las heces⁴.

Escala de Bristol		
Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero grumosa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con los bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos Totalmente líquida

Fuente: Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Asociación Española de Gastroenterología.

TRATAMIENTO

Las principales metas en el tratamiento del SII son el alivio de los síntomas y subsecuente mejora de la calidad de vida. El tratamiento actual del SII es considerado un desafío por ser una enfermedad recurrente y en muchos casos resistente al tratamiento convencional³⁰.

Una buena relación médico-paciente se asocia a una mejor probabilidad de visitas al consultorio y es un componente fundamental en el tratamiento de estos pacientes.

A pesar de ser una entidad de una prevalencia importante según varios estudios, hasta ahora ha sido muy difícil llevar a cabo estudios de ensayos clínicos en este grupo de pacientes. Es por esto que en muchos casos no hay mucha evidencia científica que sustente muchos de las modalidades de tratamiento planteadas.

Ejercicio

La realización de actividad física parece durante al menos 12 semanas parece ser beneficioso para el alivio de los síntomas de SII³⁶. Esto a su vez sería de mayor ayuda en los pacientes que sufren el SII de subtipo con predominio de constipación¹⁶.

Dieta

Eliminar los alimentos de la dieta común que agraven los síntomas del SII es de bastante ayuda en el tratamiento de esta entidad²¹. Algunos causantes son la dieta con alto contenido en polioles y oligo-di-monosacáridos de baja fermentación (FODMAP)³⁷.

Adicionalmente, una dieta alta en fibra es efectiva en los pacientes con SII con predominio de constipación³².

Estilos de vida

Aunque no hay evidencia clara de que las modificaciones en los estilos de vida tales como la eliminación del consumo de alcohol o tabaco, mejora en la calidad y cantidad de horas de sueño; así como la modificación de factores estresores, tengan algún efecto en la mejora de los síntomas de los pacientes con SII, si pueden tener alguna relación en la aparición de los síntomas relacionados a esta entidad³⁸.

Antidiarreicos

Loperamida es un opioide sintético que disminuye el tránsito intestinal y estimula la absorción de agua y electrolitos. Es el único antidiarreico que ha sido lo suficientemente estudiado para el tratamiento del SII²⁴. Este fármaco es efectivo ya que disminuye la frecuencia de las deposiciones y aumenta la consistencia de las mismas en los pacientes que sufren de SII con predominio de diarrea. Sin embargo, no mostraba ningún beneficio en la mejora del dolor abdominal, así como del dolor nocturno.

Probióticos

La evidencia que sustente el uso de probióticos en el tratamiento de SII es débil. Esto debido a la variabilidad de los resultados en los estudios realizados, así como la variabilidad del tipo de probiótico utilizado. Sin embargo, se considera en algunas guías de práctica clínica del SII debido al hecho de ser una opción de tratamiento poco costosa y sin efecto adverso conocido, por lo que su uso sería beneficioso. Actualmente se ha utilizan múltiples cepas de probióticos como Lactobacillus, Streptococcus, Bifidobacterium, y otras combinaciones de los mismos; sin diferencia significativa en la terapéutica independientemente del tipo de cepa utilizada⁵.

Antibióticos

Debido a que, dentro de las teorías de la patogénesis del síndrome de intestino irritable, se propone un sobrecrecimiento bacteriano, se ha introducido la terapia con antibióticos para tratar dicho padecimiento. Por lo que, a través de diversos estudios, se ha demostrado que la administración de Rifaximina, un antibiótico poco absorbible, en una dosis de 550 mg cada 8 horas por 14 días, es capaz de mejorar los síntomas en los pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio diarrea²⁸. Dentro de sus limitaciones se encuentra la poca duración de su efecto, por lo que obliga casi siempre, a repetir el ciclo terapéutico, y su seguridad a largo plazo, no está totalmente estudiada.

Antiespasmódicos

Este grupo de fármacos ha demostrado ser beneficioso al mejorar el dolor abdominal y el score de sintomatología relacionado al SII. Sin embargo, hay

mucha variabilidad en la calidad del beneficio dependiendo del tipo de estudio revisado. Adicionalmente se encuentran efectos adversos en algunos casos como son: Sequedad de boca, mareos y visión borrosa. Entre los más usados se encuentran la Hiosciamina y la Dicyclomina³⁰.

Antidepresivos

Se ha encontrado un efecto beneficioso entre este grupo de fármacos para el alivio de síntomas de SII tales como dolor abdominal, mejora del estado general, y una mejora en la escala de síntomas globales. El mayor beneficio se encontró al usar medicamentos del grupo de inhibidores de la recaptación de serotonina, así como los antidepresivos tricíclicos.

Los antidepresivos tricíclicos son capaces de modular a nivel central la percepción del dolor, además disminuyen la hipersensibilidad rectal inducida por el estrés. Por otro lado, los inhibidores de la recaptación de la serotonina poseen un beneficio global sobre el síndrome de intestino irritable, a pesar que no ejercer un efecto directo sobre los síntomas intestinales y el dolor. Sin embargo, son de gran utilidad debido a que mejoran la calidad de vida de los pacientes³⁹.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPOTESIS

H₁: Las características sociodemográficas, los hábitos nocivos, los aspectos psicológicos y antecedentes familiares no actúan como factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma.

H₀: Existen características sociodemográficas, hábitos nocivos, aspectos psicológicos y antecedentes familiares que actúan como factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma.

3.2 VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

- Síndrome de Intestino Irritable

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Sexo
- Edad
- Condición parental
- Condición familiar
- Antecedente de fumador
- Fumador actual
- Consumo de alcohol
- Práctica de ejercicio
- Horas de sueño
- Alergia alimentaria
- Enfermedad crónica
- Medicación actual
- Antecedente familiar de SII
- Estrés emocional
- Ansiedad clínica
- Depresión clínica

CAPITULO IV: METODOLOGIA

4.1 TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El presente será un estudio observacional, transversal, cuantitativo, analítico.

4.2 POBLACION DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

El universo aproximado de estudio se estima en alrededor de 1293 alumnos de la facultad de medicina de la Universidad Ricardo Palma, por lo que se procedió a realizar un muestreo estratificado aleatorio con afijación proporcional para variables categóricas siguiendo la pauta de los 7 años en los cuales están dividido el alumnado. Adicionalmente se tomó en cuenta un nivel de confianza de 95%, un margen de error absoluto de 0,05 y una prevalencia aproximada según la bibliografía de alrededor del 20% siendo igual para cada estrato identificado.

Se identificó la necesidad de una muestra de 207 personas la cual debería ser distribuida de la siguiente manera:

1. Primer año: 35 participantes
2. Segundo año: 31 participantes
3. Tercer año: 29 participantes
4. Cuarto año: 25 participantes
5. Quinto año: 27 participantes
6. Sexto año: 31 participantes
7. Séptimo año: 29 participantes

4.3 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Estudiantes e internos de medicina matriculados en el periodo Marzo-Julio del 2016
- Estudiantes e internos de medicina que aceptaron participar en el estudio de manera voluntaria

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Estudiantes e internos de medicina que sufran alguna patología orgánica o funcional conocida que explique los síntomas mencionados dentro de los criterios de Roma III.
- Diagnostico establecido de alguna patología psiquiátrica concomitante que pueda interferir con el estudio.
- Presencia de 1 o más de los 7 criterios de alarma elaborados por la Asociación Americana de Gastroenterología.
- Estudiantes e internos de medicina que no acepten participar en el estudio de manera voluntaria.

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS, INSTRUMENTOS A UTILIZAR Y METODOS PARA EL CONTROL DE DATOS.

Se hará uso de un cuestionario elaborado para recolectar datos personales, características sociodemográficas, hábitos nocivos y antecedentes familiares. Este a su vez se basará en la guía de seguimiento auto-aplicada para factores de riesgos de enfermedades crónicas: Método STEPwise de la Organización mundial de la salud, el cual se usa para el seguimiento de enfermedades crónicas de manera estándar.

Se aplicó la Escala Hospitalaria para Ansiedad y Depresión (HADS). Una escala estandarizada, validada y autoaplicable que ya ha sido utilizada y validada en otras investigaciones alrededor del mundo⁴⁸. Consiste en 14 ítems, de los cuales 7 evalúan signos de ansiedad y los otros 7 evalúan signos de depresión.

Se evaluó la presencia o no de Síndrome de intestino irritable mediante la aplicación de un cuestionario autoevaluativo basados en los criterios de ROMA III proporcionado por la fundación ROMA y ya validado en estudios previos^{49,50}.

Se incluirá un cuestionario para descartar la presencia de alguno de los criterios de alarma mencionados por la Asociación Americana de Gastroenterología.

4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SERES HUMANOS.

Se solicitó el permiso respectivo a la comisión de ética e investigación de la INCIB para la realización del estudio

Se comunico acerca del estudio en si a los participantes y su deseo de ser incluidos en la misma.

4.6 ANALISIS DE RESULTADOS

El análisis estadístico fue realizado íntegramente en el programa SPSS 22.0 para Windows. Se utilizó Excel para la realización de gráficos y cuadros finales. Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizaron las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Para el procesamiento y análisis estadístico de los datos se utilizaron las técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

En la estadística descriptiva se confeccionaron tablas bivariadas con sus respectivas frecuencias absolutas y relativas. Se elaboró además gráficos de barras compuestas para una mejor visualización de los resultados.

Entre las técnicas estadísticas inferenciales que se utilizaron está la estimación de prevalencias, el cálculo de OR y obtención del intervalo de confianza mediante el análisis bivariado.

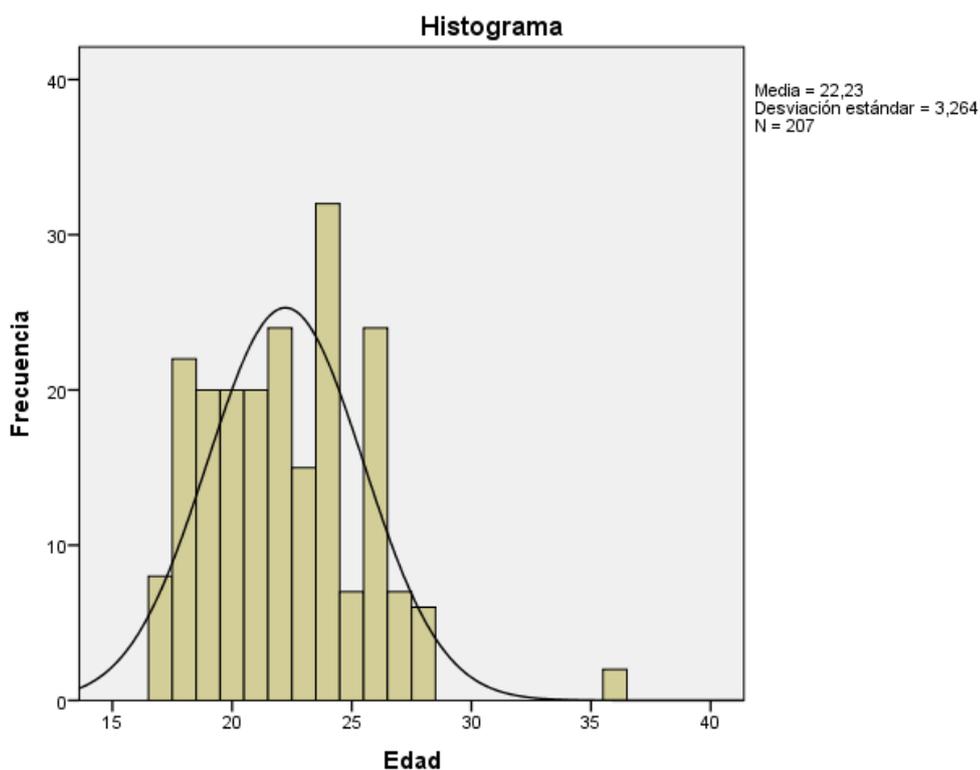
CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de los estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma participantes del estudio en relación a su edad

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	207	19	17	36	22,23	3,264

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

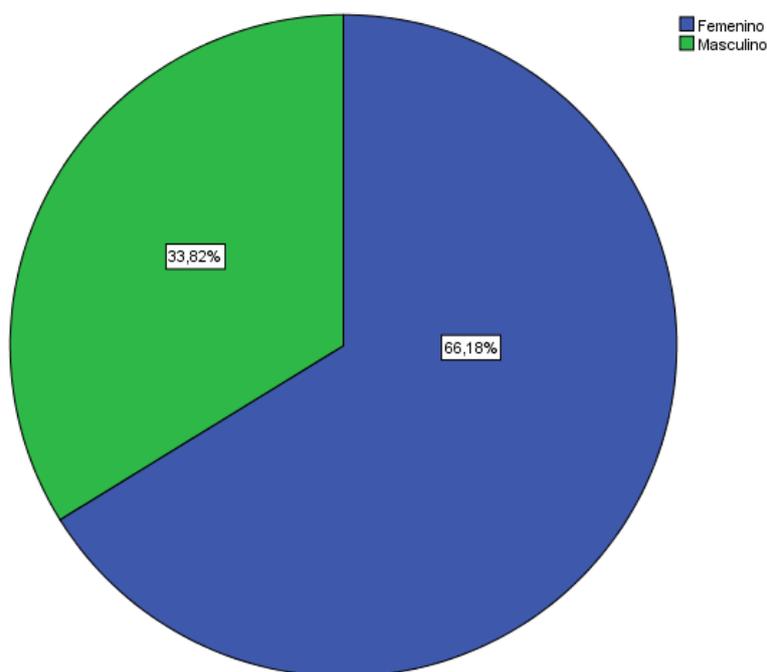
Gráfico 1. Distribución de los estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma participantes del estudio en relación a su edad

Tanto la Tabla 1 como el Grafico 1 nos muestran que la edad media de los participantes del estudio es de 22.23 años con una edad mínima de 17 años y una edad máxima de 36 años, para un total global de 207 participantes hábiles.

Tabla 2. Distribución por sexo de los estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma participantes del estudio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	137	66,2	66,2	66,2
Masculino	70	33,8	33,8	100,0
Total	207	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

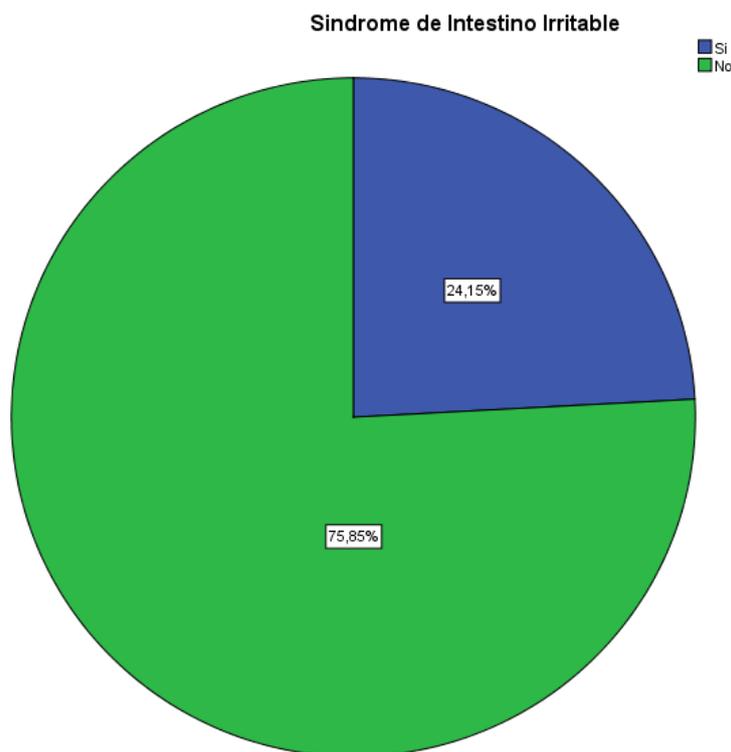
Grafico 2. Distribución de los estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Tanto en la Tabla 2 como en el Grafico 2 se observa que la proporción de estudiantes e internos de medicina participantes del estudio es de 66.18% para el sexo femenino y de 33.82% para el sexo masculino.

Tabla 3. Prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Síndrome de Intestino Irritable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	50	24,2	24,2	24,2
No	157	75,8	75,8	100,0
Total	207	100,0	100,0	

Fuente. Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

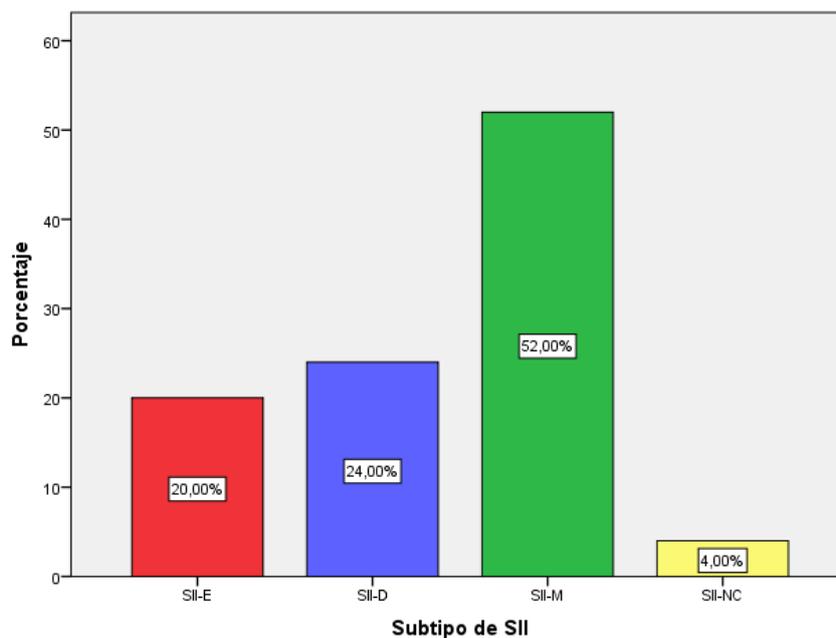
Grafico 3. Prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Tanto la Tabla 3 como el Grafico 3 nos muestra una prevalencia del 24,2% de Síndrome de Intestino Irritable en la población de estudiantes de medicina de la Universidad Ricardo Palma.

Tabla 4. Subtipo de SII en estudiantes e internos de medicina

Subtipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SII-E	10	20 %	20 %
SII-D	12	24 %	44 %
SII-M	26	52 %	96 %
SII-NC	2	4 %	100 %
Total	50	100%	

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Grafico 4. Subtipo de SII en estudiantes e internos de medicina

Tanto la Tabla 4 como el Grafico 4 nos muestran los distintos porcentajes de los subtipos de SII clasificados. El SII mixto es el más frecuente con un 52% dentro de los estudiantes diagnosticados con SII. Lo siguen en frecuencia los

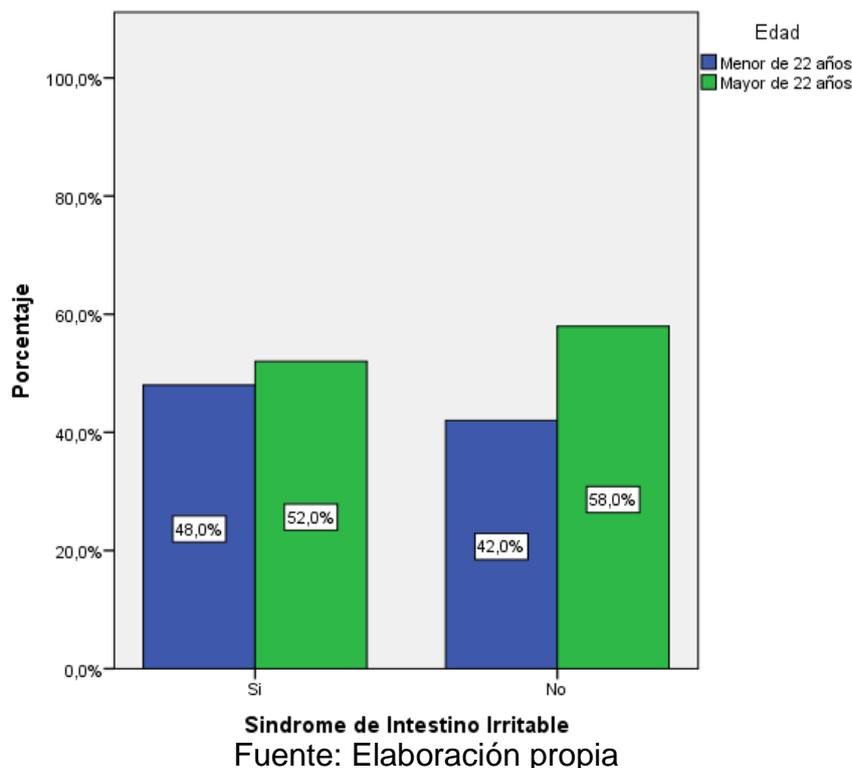
subtipos a predominio de diarrea, a predominio de estreñimiento y el no clasificable; con porcentajes del 24%, 22% y 4% respectivamente.

Tabla 5. Distribución de estudiantes e internos de medicina por edad

	Síndrome de Intestino Irritable			
	Si		No	
	Recuento	%	Recuento	%
Menor de 22 años	24	48,0%	66	42,0%
Edad Mayor igual de 22 años	26	52,0%	91	58,0%
Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 5 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 48% tiene una edad menor de 22 años y un 52% tiene una edad mayor o igual a 22 años. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 42% tiene una edad menor de 22 años y un 58% tiene una edad mayor o igual a 22 años.



Gráfica 5. Distribución de estudiantes e internos de medicina por edad

Tabla 6. Estimación de riesgo para la edad

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Edad (Menor de 22 años / Mayor de 22 años)	1,273	0,672	2,411
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 6 podemos establecer que la edad menor a 22 años no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que se tiene un OR=1.273, pero el intervalo de confianza no supera a la unidad.

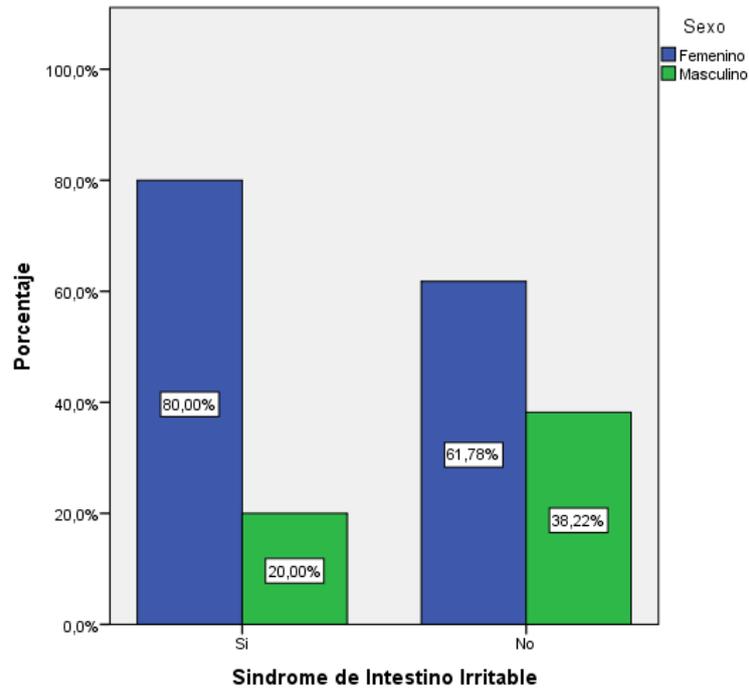
Por lo tanto, tener una edad menor a 22 años no implica un mayor riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable que los que tienen una edad mayor igual a 22 años.

Tabla 7. Distribución de estudiantes e internos de medicina por sexo

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Sexo	Femenino	40	80,0%	97	61,8%
	Masculino	10	20,0%	60	38,2%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente elaboración propia

De la Tabla 7 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 80% son de sexo femenino y un 20% son de sexo masculino. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 42% son de sexo femenino y un 58% son de sexo masculino.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. Distribución de estudiantes e internos de medicina por sexo

Tabla 8. Estimación de riesgo para el sexo

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Sexo (Femenino / Masculino)	2,474	1,152	5,312
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 8 podemos establecer que el sexo femenino es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=2.474, y el intervalo de confianza supera la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes de sexo femenino tienen 2.474 veces más riesgo de presentar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes de sexo masculino.

Tabla 9. Distribución de estudiantes e internos de medicina por condición parental

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Condición Parental	Separados	12	24,0%	39	24,8%
	Juntos	38	76,0%	118	75,2%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 9 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 24% tienen padres que se encuentran separados y un 76% tienen padres que se encuentran juntos. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 24.8% tienen padres que se encuentran separados y un 75.2% tienen padres que se encuentran juntos.

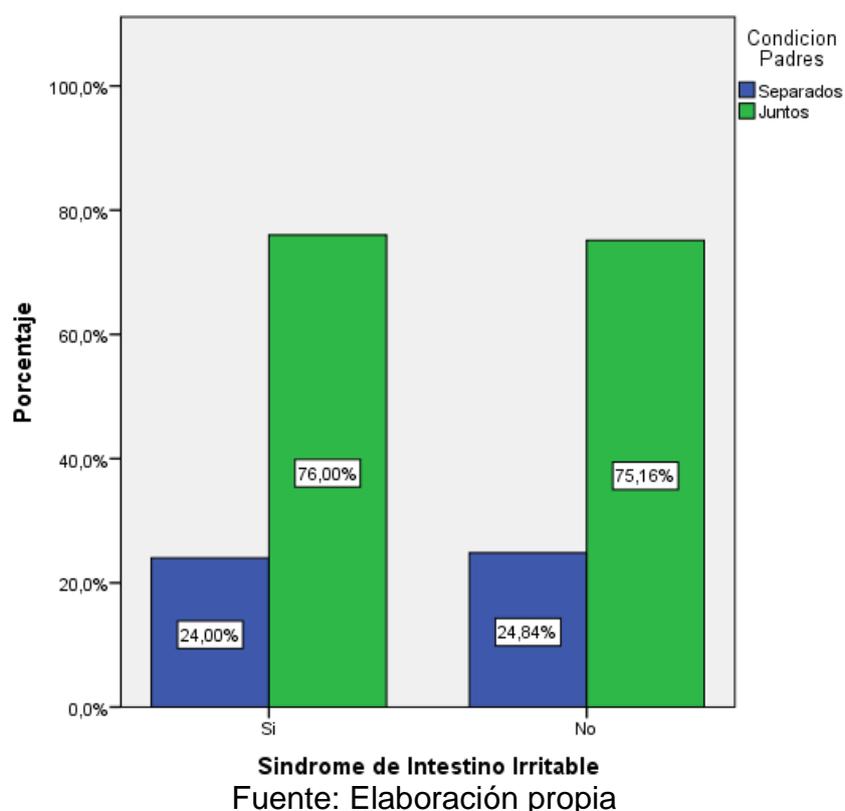


Gráfico 7. Distribución de estudiantes e internos de medicina por condición parental

Tabla 10. Estimación del riesgo para condición parental

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Condición Padres (Separados / Juntos)	0,955	0,454	2,009
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 10 podemos establecer que tener padres separados no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=0.955, y el intervalo de confianza incluye a la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que tienen padres separados no presentan un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los que tienen padres viviendo juntos.

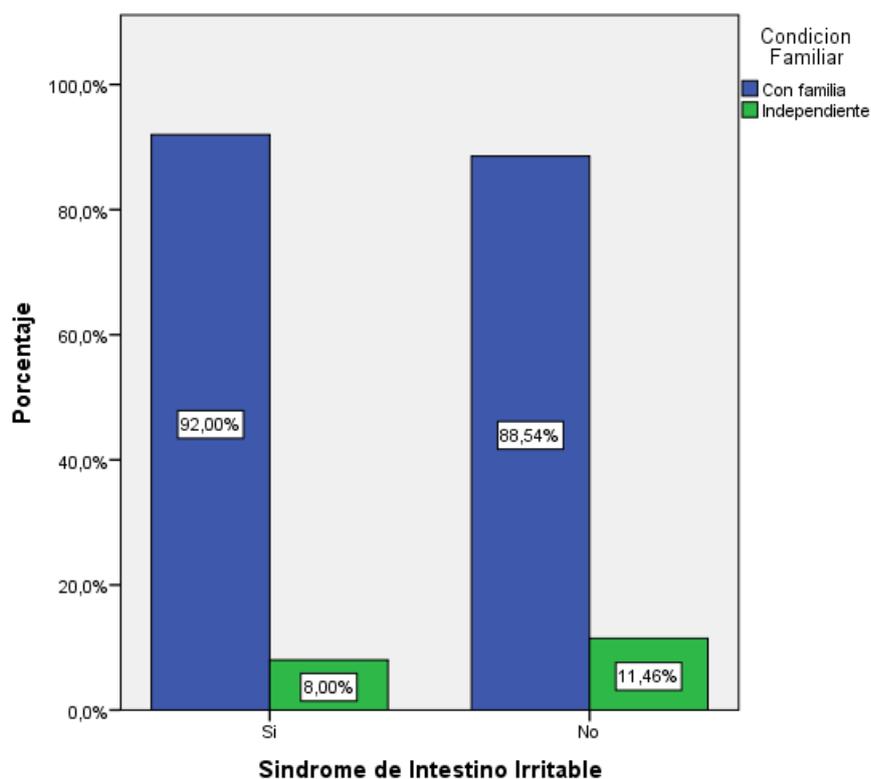
Tabla 11. Distribución de estudiantes e internos de medicina según condición de vivienda

	Síndrome de Intestino Irritable			
	Si		No	
	Recuento	%	Recuento	%
Con familia	46	92,0%	139	88,5%
Independiente	4	8,0%	18	11,5%
Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 11 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 92% viven con su familia y un 8% viven de forma independiente. Mientras

que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 88,5% viven con su familia y un 11,5% viven de forma independiente.



Fuente: Elaboración propia

Grafico 8. Distribución de estudiantes e internos de medicina según condición de vivienda

Tabla 12. Estimación de riesgo para condición de vivienda

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Condición de vivienda (Con familia / Independiente)	1,489	0,479	4,626
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 12 podemos establecer que vivir con familia no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que a pesar de que tiene un OR=1.489, el intervalo de confianza incluye a la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que viven con su familia no presentan un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los que viven independientemente.

Tabla 13. Distribución de estudiantes e internos de medicina por antecedente de fumador

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Antecedente de fumador	Si	29	58,0%	104	66,2%
	No	21	42,0%	53	33,8%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 13 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 58% mencionan haber fumado alguna vez en su vida y un 42% mencionan que no han tenido ese antecedente.

Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 66.2% mencionan haber fumado alguna vez en su vida y un 33.8% mencionan que no han tenido ese antecedente.

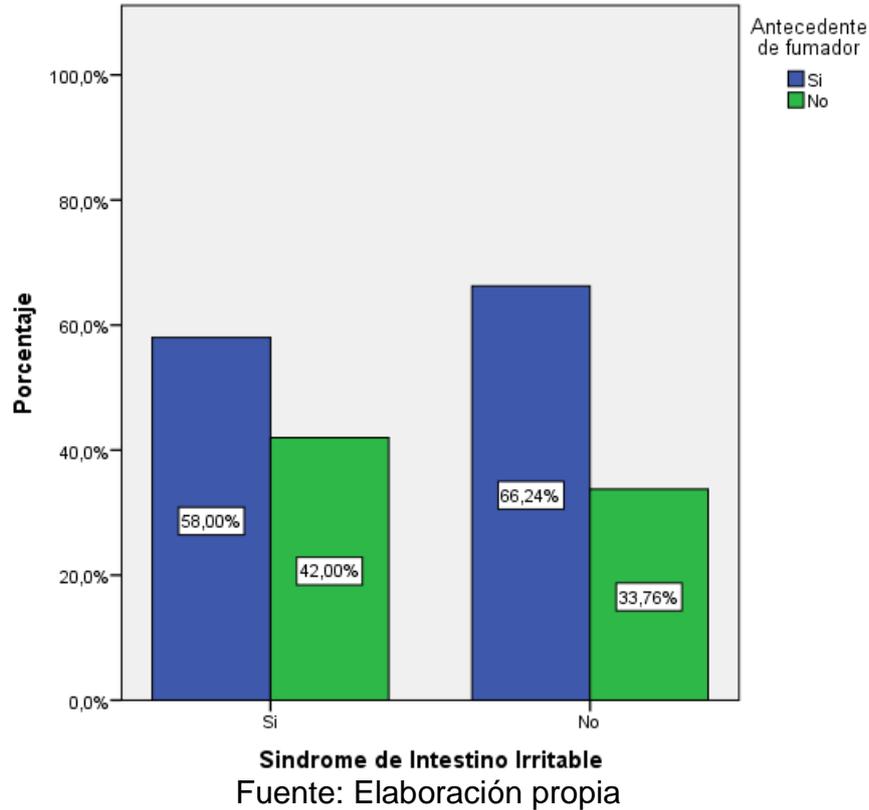


Grafico 9. Distribución de estudiantes e internos de medicina por antecedente de fumador

Tabla 14. Estimación de riesgo para antecedente de fumador

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Antecedente de fumador (Si / No)	0,704	0,367	1,350
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

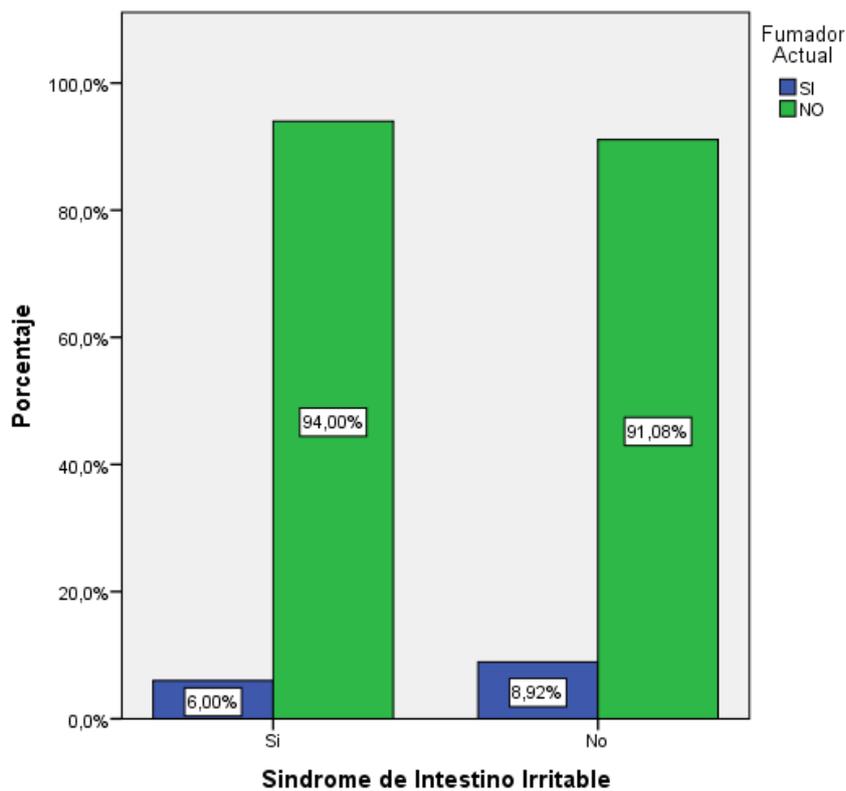
De la Tabla 14 podemos establecer que el antecedente de haber fumado no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=0.704, y el intervalo de confianza incluye a la unidad. Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que han fumado alguna vez en su vida no presentan un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los que no han fumado nunca.

Tabla 15. Distribución de estudiantes e internos de medicina según fumadores

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Fumador Actual	Si	3	6,0%	14	8,9%
	No	47	94,0%	143	91,1%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 15 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 6% fuman actualmente y un 94% mencionan que no fuman en la actualidad. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 8.9% fuman actualmente y un 91.1% mencionan que no fuman en la actualidad.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 10. Distribución de los estudiantes e internos de medicina según presencia de fumadores

Tabla 16. Estimación de riesgo para la presencia de fumadores

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Fumador Actual (Si / No)	0,652	0,180	2,368
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 16 podemos establecer que fumar no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=0.652, y el intervalo de confianza incluye a la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que actualmente fuman no presentan un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los que no fuman.

Tabla 16. Distribución de estudiantes e internos de medicina por consumo de alcohol

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Consumo de alcohol	Si	36	72,0%	117	74,5%
	No	14	28,0%	40	25,5%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 16 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 72% consumen alcohol y un 28% no lo hacen. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 74.5% consumen alcohol y un 91.1% mencionan que no lo hacen.

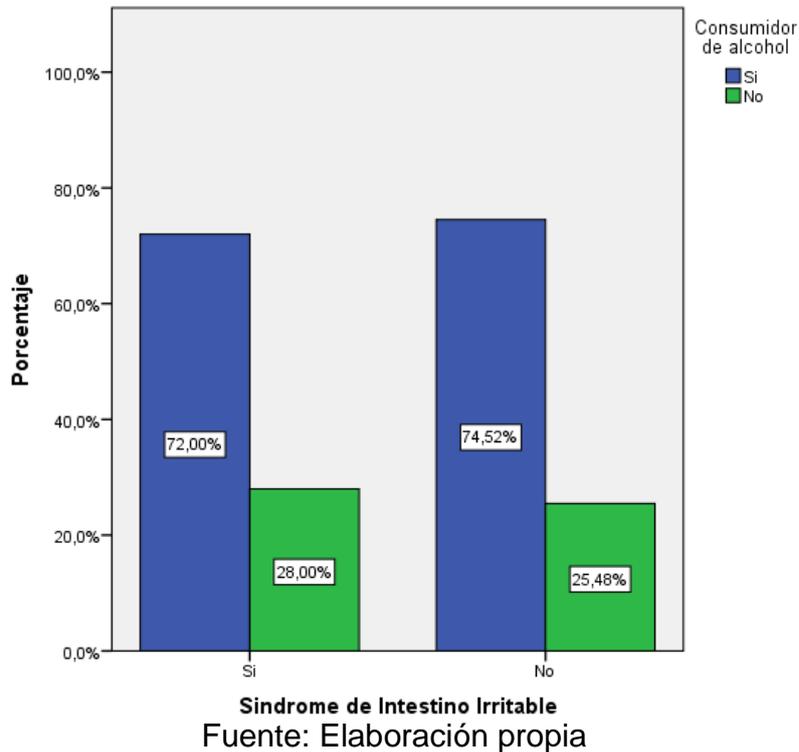


Grafico 11. Distribución de estudiantes e internos de medicina según consumo de alcohol

Tabla 17. Estimación de riesgo para consumo de alcohol

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Consumidor de alcohol (Si / No)	0,879	0,430	1,796
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

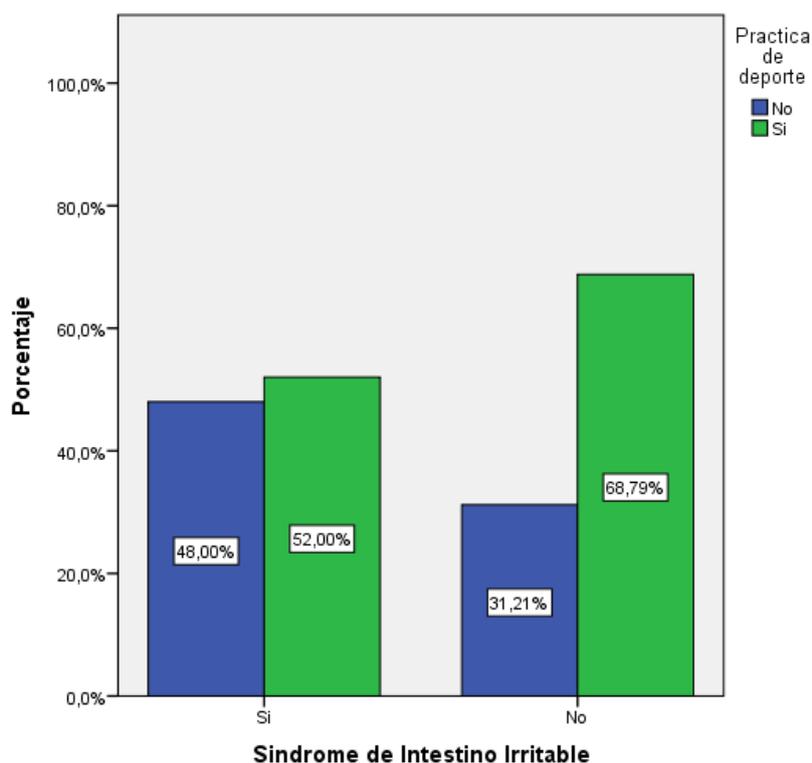
De la Tabla 17 podemos establecer que el consumo de alcohol no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un $OR=0.879$, y el intervalo de confianza incluye a la unidad. Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que consumen alcohol no presentan un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los que no consumen el mismo.

Tabla 18. Distribución de estudiantes e internos de medicina según practica de deporte

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Practica de deporte	No	24	48,0%	49	31,2%
	Si	26	52,0%	108	68,8%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

De la Tabla 18 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 48% no practican deporte y un 52% si lo hacen. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 31.2% no practican deporte y un 68.8% mencionan que si lo hacen.



Fuente: Elaboración propia

Grafico 12. Distribución de estudiantes e internos de medicina según practica de deporte

Tabla 19. Estimación de riesgo para practica de deporte

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Practica de deporte (No / Si)	2,035	1,063	3,895
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 19 podemos establecer que no practicar deporte es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=2.035, y el intervalo de confianza es superior a la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que no practican deporte presentan un riesgo 2.035 mayor de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los que si practican deporte.

Tabla 20. Distribución de estudiantes e internos de medicina por cantidad de horas de sueño

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Horas de sueño	Menos de 6 horas	27	54,0%	57	36,3%
	6 horas o más	23	46,0%	100	63,7%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 20 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 54% duermen menos de seis horas y un 46% duermen seis horas o más. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 36.3% duermen menos de seis horas y un 63.7% si duermen seis horas o más.

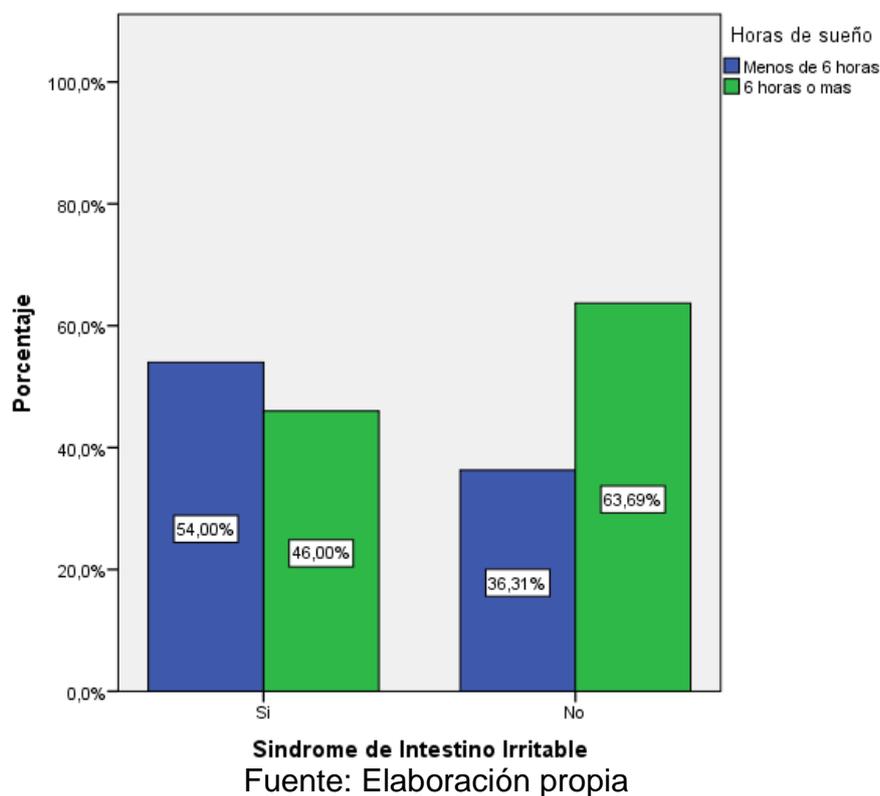


Gráfico 13. Distribución de estudiantes e internos de medicina según cantidad de horas de sueño

Tabla 21. Estimación de riesgo para cantidad de horas de sueño

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Horas de sueño (Menos de 6 horas / 6 horas o más)	2,059	1,081	3,923
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 21 podemos establecer que dormir menos de seis horas es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=2.059 y el intervalo de confianza es mayor a la unidad.

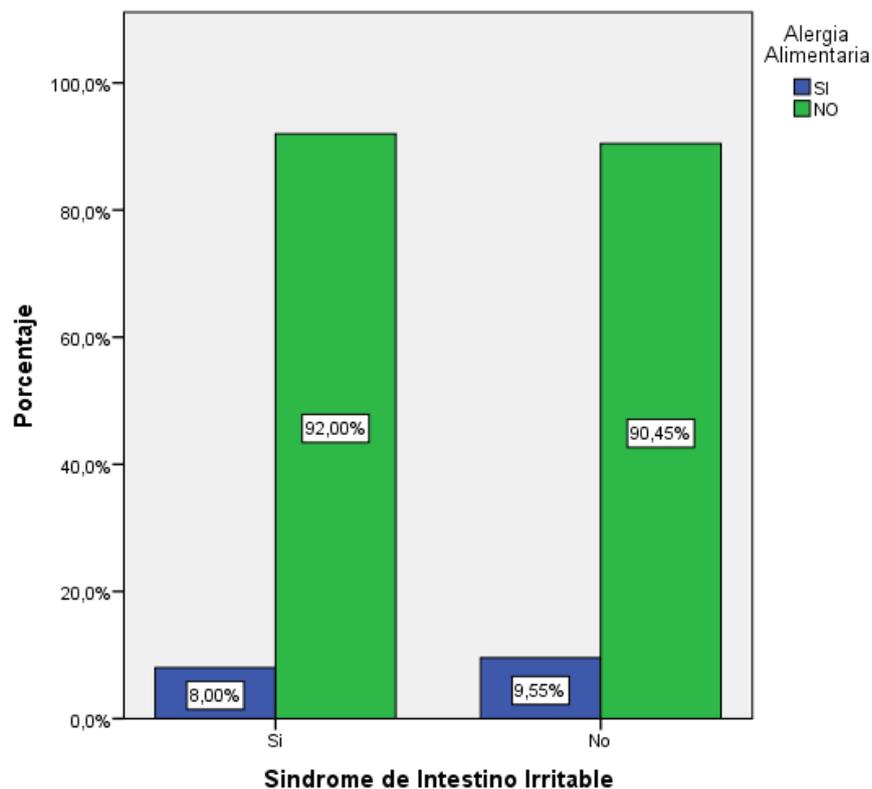
Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que duermen menos de seis horas al día presentan un riesgo 2.06 veces mayor de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que duermen seis horas o más.

Tabla 22. Distribución de estudiantes e internos de medicina por presencia de alergia alimentaria

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Alergia Alimentaria	Si	4	8,0%	15	9,6%
	No	46	92,0%	142	90,4%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 22 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 8% presentan algún tipo de alergia alimentaria y un 92% no lo presentan. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 9.6% presentan algún tipo de alergia alimentaria y un 90.4% no lo hacen.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 14. Distribución de estudiantes e internos de medicina según la presencia de alergia alimentaria

Tabla 23. Estimación de riesgo para alergia alimentaria

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Alergia Alimentaria (SI / NO)	0,823	0,260	2,605
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 23 podemos establecer que presentar algún tipo de alergia alimentaria no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=0.823 y el intervalo de confianza incluye a la unidad.

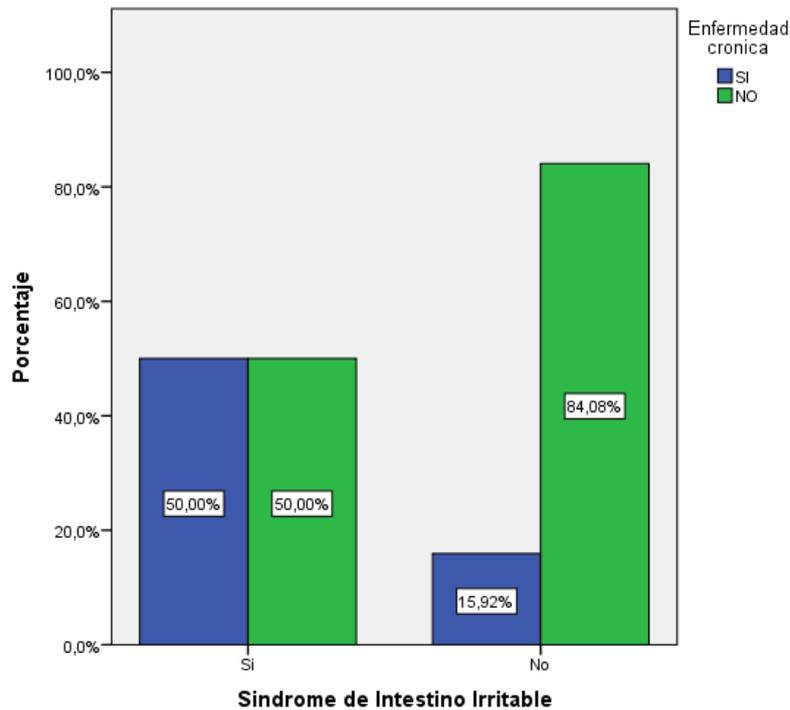
Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que presentan algún tipo de alergia alimentaria no presentan un mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no lo presentan.

Tabla 24. Distribución de los estudiantes e internos de medicina según enfermedad crónica

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Enfermedad crónica	Si	25	50,0%	25	15,9%
	No	25	50,0%	132	84,1%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 24 podemos concluir que de los estudiantes que presentaban SII, un 50% presentan algún tipo de enfermedad crónica y un 50% no lo presentan. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 15.9% presentan algún tipo de enfermedad crónica y un 84.1% no lo presentan.



Fuente: Elaboración propia

Grafico 15. Distribución de los estudiantes e internos de medicina según enfermedad crónica

Tabla 25. Estimación de riesgo para enfermedad crónica

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Enfermedad crónica (SI / NO)	5,280	2,622	10,633
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 25 podemos establecer que tener una enfermedad crónica es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=5.280 y el intervalo de confianza se encuentra por encima de la unidad

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que presentan alguna enfermedad crónica tienen 5.280 más riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no tienen alguna enfermedad crónica.

Tabla 26. Distribución de estudiantes e internos de medicina por medicación actual

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Medicación actual	Si	7	14,0%	17	10,8%
	No	43	86,0%	140	89,2%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 26 podemos concluir que de los estudiantes que presentan SII, un 14% consumían alguna medicación y un 86% no lo hacía. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 10.8% consumían alguna medicación y un 89.2% no lo hacía.

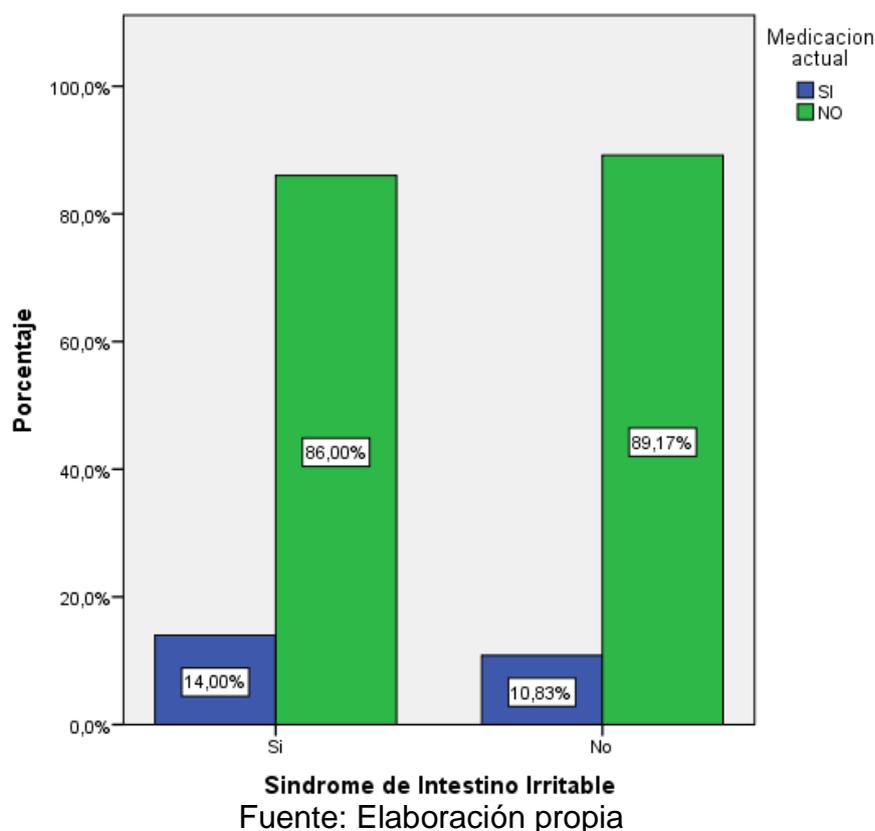


Gráfico 16. Distribución de estudiantes e internos de medicina por consumo de medicamentos

Tabla 27. Estimación de riesgo para consumo de medicamentos

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Medicación actual (SI / NO)	1,341	0,521	3,446
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 27 podemos establecer que el consumo de medicamentos no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que a pesar de que tiene un OR=1.341, el intervalo de confianza incluye la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que consumen algún tipo de medicamento no tienen mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no consumen medicamento alguno.

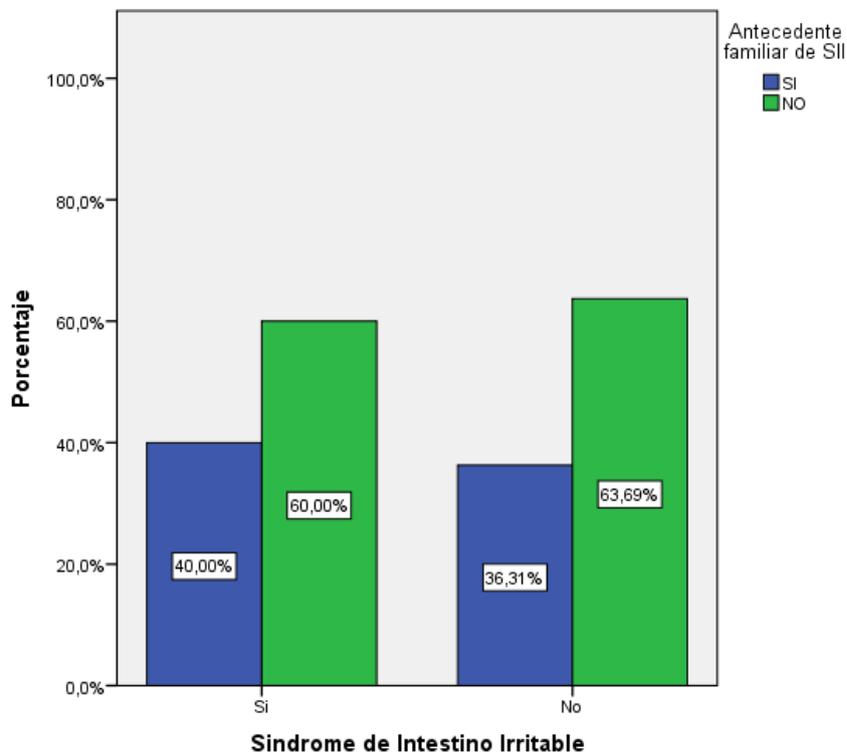
Tabla 28. Distribución de estudiantes e internos de medicina por antecedente familiar de Síndrome de Intestino Irritable

	Síndrome de Intestino Irritable				
	Si		No		
	Recuento	%	Recuento	%	
Antecedente familiar de SII	Si	20	40,0%	57	36,3%
	No	30	60,0%	100	63,7%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 28 podemos concluir que de los estudiantes que presentan SII, un 40% tiene algún antecedente familiar de SII y un 60% no tiene antecedente familiar alguno. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban

SII, un 36.3% tiene algún antecedente familiar de SII y un 63.7% no presenta antecedente alguno.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17. Distribución de estudiantes e internos de medicina por antecedente familiar de Síndrome de Intestino Irritable

Tabla 29. Estimación de riesgo para antecedente familiar de SII

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Antecedente familiar de SII (Si / No)	1,170	0,609	2,246
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 29 podemos establecer que el antecedente familiar de Síndrome de Intestino Irritable no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que a pesar de que tiene un OR=1.170, el intervalo de confianza incluye la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que tienen antecedente familiar de SII no tienen mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no presentan el antecedente mencionado.

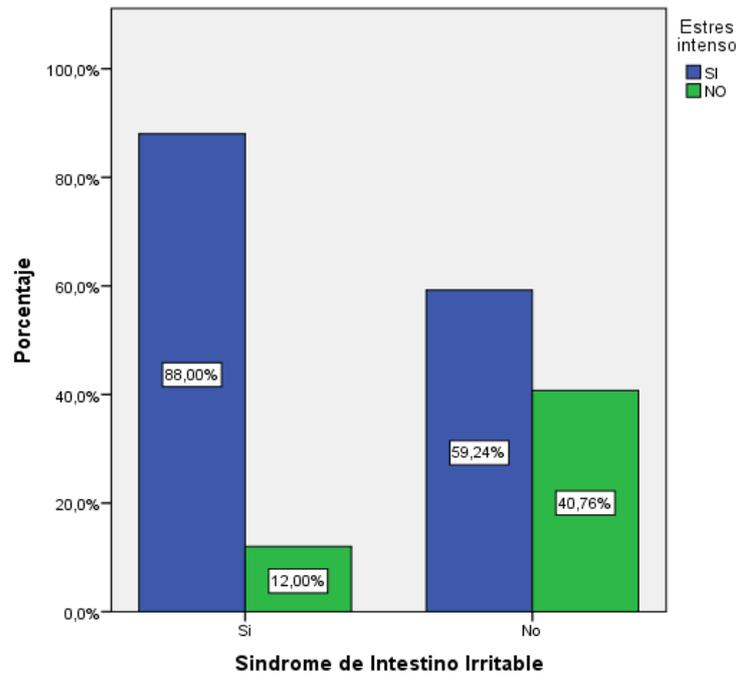
Tabla 30. Distribución de estudiantes e internos de medicina según estrés emocional

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Estrés emocional	Si	44	88,0%	93	59,2%
	No	6	12,0%	64	40,8%
	Total	50	100,0%	157	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 30 podemos concluir que de los estudiantes que presentan SII, un 88% ha presentado algún tipo de estrés emocional en los últimos 6 meses y un 12% manifiesta no haber presentado estrés alguno.

Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 59.2% ha presentado algún tipo de estrés emocional en los últimos 6 meses y un 40.8% no ha presentado estrés alguno.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 18. Distribución de estudiantes e internos de medicina según estrés emocional

Tabla 31. Estimación de riesgo para estrés emocional

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Estrés emocional (Si / No)	5,047	2,031	12,543
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 31 podemos establecer que la presencia de estrés emocional en los últimos 6 meses es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un OR=5.047, y el intervalo de confianza es superior a la unidad.

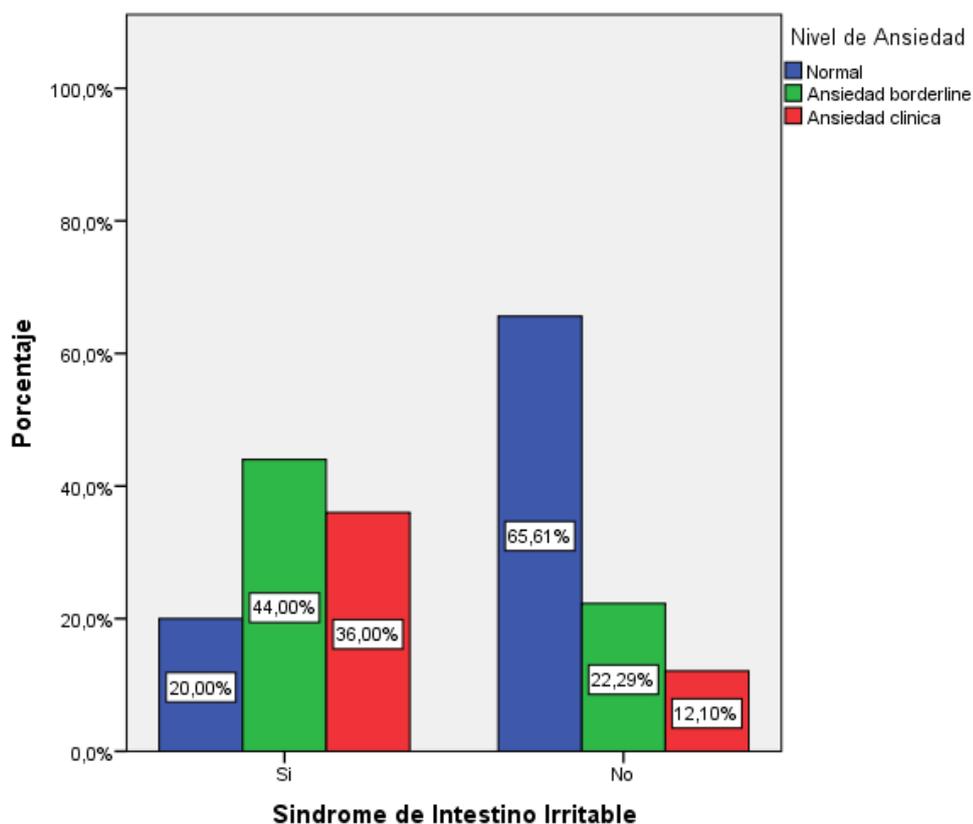
Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que han sufrido algún grado de estrés emocional en los últimos 6 meses tienen 5.047 más riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no han presentado estrés emocional alguno durante este periodo.

Tabla 32. Distribución de estudiantes e internos de medicina por nivel de ansiedad

		Síndrome de Intestino Irritable			
		Si		No	
		Recuento	%	Recuento	%
Nivel de Ansiedad	Normal	10	20%	103	66%
	Ansiedad Borderline	22	44%	35	22%
	Ansiedad Clínica	18	36%	19	12%
	Total	50	100%	157	100%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 32 podemos concluir que de los estudiantes que presentan SII, un 36% presenta ansiedad clínica, un 44% presenta ansiedad borderline y un 20% es normal. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un 12% presenta ansiedad clínica, un 22% presenta ansiedad borderline y un 66% es normal.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 19. Distribución de estudiantes e internos de medicina por nivel de ansiedad

Tabla 33. Estimación de riesgo para nivel de ansiedad

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Ansiedad clínica	4,086	1,929	8,655
Odds ratio para Ansiedad Borderline	2,739	1,397	5,369
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 33 podemos establecer que tanto la presencia de Ansiedad Clínica como de Ansiedad Borderline son factores de riesgo asociados a Síndrome de Intestino Irritable, ya que tiene un $OR=4.086$ y $OR=2.739$ respectivamente, y el intervalo de confianza en cada caso es superior a la unidad.

Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que sufren de Ansiedad Clínica tienen 4.086 más riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no presentan Ansiedad Clínica. Asimismo, los estudiantes que sufren de Ansiedad Borderline tienen 2.739 más riesgo de desarrollar SII que los estudiantes que no presentaban Ansiedad Borderline.

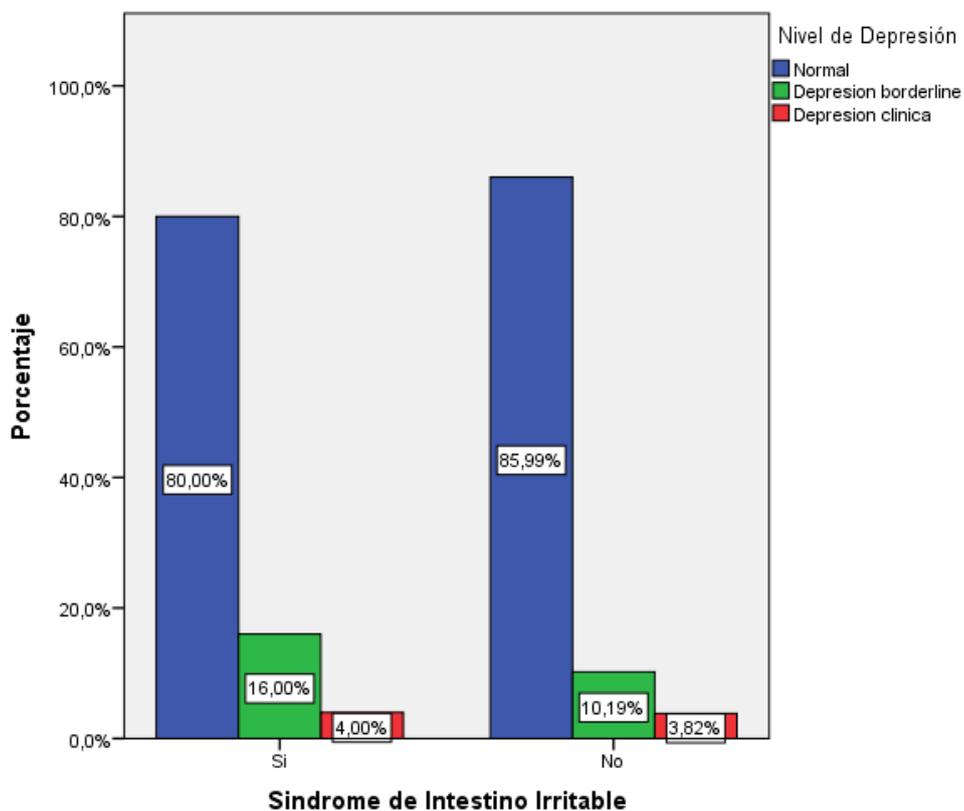
Tabla 34. Distribución de estudiantes de medicina por nivel de depresión

	Síndrome de Intestino Irritable			
	Si		No	
	Recuento	%	Recuento	%
Normal	40	80%	135	86%
Nivel de Depresión Borderline	8	16%	16	10%
Depresión Depresión Clínica	2	4%	6	4%
Total	50	100%	157	100%

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 34 podemos concluir que de los estudiantes que presentan SII, un 4% presenta depresión clínica, un 16% presenta depresión borderline y un 80% es normal. Mientras que en el grupo de estudiantes que no presentaban SII, un

4% presenta depresión clínica, un 10% presenta depresión borderline y un 86% es normal.



Fuente: Elaboración propia

Grafico 20. Distribución de estudiantes e internos de medicina por Depresión Clínica

Tabla 35. Estimación de riesgo para Depresión Clínica

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para Depresión Clínica	1,049	0,205	5,368
Odds ratio para Depresión Borderline	1,679	0,672	4,195
N de casos válidos	207		

Fuente: Elaboración propia

De la Tabla 35 podemos establecer que la presencia de Depresión Clínica no es un factor de riesgo asociado a Síndrome de Intestino Irritable, ya que a pesar de que tiene un OR=1.049, el intervalo de confianza incluye a la unidad. Por lo tanto, se puede establecer que los estudiantes que sufren de Depresión Clínica no tienen mayor riesgo de desarrollar Síndrome de Intestino Irritable que los estudiantes que no presentan Depresión Clínica.

Tabla 36. Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y factores de riesgo sociodemográficos en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Variable para SII	SII (N° %)		No SII (N° %)		X ²	p	OR	95% IC
Sexo								
Femenino	40	29,2%	97	70.8%	5.62	0.018*	2.47	1.15 – 5.31
Masculino	10	14.3%	60	85.7%				
Edad								
< 22 años	24	26.7%	66	73.3%	0.548	0.459	1.27	0.67 – 2.41
>= 22 años	26	22.2%	26	22.2%				
Padres								
Separados	12	23.5%	39	76.5%	0.014	0.904	0.95	0.45 – 2.00
Juntos	38	24.4%	118	75.6%				
Condición familiar								
Con familia	46	24.9%	139	75.1%	0.479	0.489	1.48	0.47 – 4.62
Independiente	4	18.2%	18	81.8%				

*Estadísticamente significativo

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 36 se puede observar que de las variables sociodemográficas la única que presentó significancia estadística fue la presencia del sexo femenino.

Tabla 37. Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y hábitos nocivos en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Variable para SII	SII (N° %)		No SII (N° %)		X ²	p	OR	95% IC
Antecedente de fumador								
Si	29	21.8%	104	78.2%	1.122	0.29	0.70	0.36 – 1.35
No	21	28.4%	53	71.6%				
Fumador actual								
Si	3	17.6%	14	82.4%	0.428	0.513	0.65	0.18 – 2.36
No	47	24.7%	143	75.3%				
Consumo de alcohol								
Si	36	23.5%	117	76.5%	0.125	0.724	0.87	0.43 – 1.79
No	14	25.9%	40	74.1%				
Práctica de ejercicio								
No	24	32.9%	49	67.1%	4.683	0.03*	2.03	1.06 – 3.89
Si	26	19.4%	108	80.6%				
Horas de sueño								
Menos de 6 horas	27	32.1%	57	67.9%	4.924	0.026*	2.06	1.08 – 3.92
6 horas o mas	23	18.7%	100	81.3%				

*Estadísticamente significativo

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 37 se puede observar que, de los hábitos nocivos estudiados, tanto la falta de práctica de ejercicio, como el dormir menos de 6 horas alcanzaron significancia estadística en el presente estudio.

Tabla 38. Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y antecedentes personales o familiares en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Variable para SII	SII (N° %)		No SII (N° %)		X ²	p	OR	95% IC
Alergia alimentaria								
Si	4	21.1%	15	78.9%	0.11	0.74	0.82	0.25 – 2.60
No	46	24.5%	142	75.5%				
Medicación actual								
Si	7	29.2%	17	70.8%	0.372	0.542	1.34	0.52 – 3.44
No	43	23.5%	140	76.5%				
Enfermedad crónica								
Si	25	50%	25	50%	24.037	0.000*	5.28	2.62 – 10.63
No	25	15.9%	132	84.1%				
Antecedente familiar de SII								
Si	20	26%	57	74%	0.222	0.638	1.17	0.60 – 2.24
No	30	23.1%	100	76.9%				

*Estadísticamente significativo

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 38 se puede observar que, de los antecedentes estudiados, la presencia de enfermedad crónica constituye un factor de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable alcanzado significancia estadística.

Tabla 39. Relación entre Síndrome de Intestino Irritable y factores de riesgo psicológicos en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Variable para SII	SII (N° %)		No SII (N° %)		X ²	p	OR	95% IC
Estrés emocional								
Si	44	32.1%	93	67.9%	14.01	0.000*	5.04	2.03 – 12.54
No	6	8.6%	64	91.4%				
Nivel de Ansiedad								
Normal	10	8.8%	103	91.2%				
Ansiedad Borderline	22	38.6%	35	61.4%	8.955	0.003	2.74	1.39 – 5.37
Ansiedad Clínica	18	48.6%	19	51.4%	14.754	0.000*	4.08	1.92 – 8.65
Nivel de Depresión								
Normal	40	22.9%	135	77.1%				
Depresión Borderline	8	33.3%	16	66.7%	1.248	0.264	1.679	0.672 – 4.195
Depresión Clínica	2	25%	6	75%	0.003	0.955	1.04	0.20 – 5.36

*Estadísticamente significativo

Fuente: Elaboración propia

Tabla 40. Regresión logística bivariada para predictores de Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma

Variables para SII	B	P	OR	95% IC	
				Inferior	Superior
Sexo femenino	0,459	0,299	1,583	0,665	3,766
No práctica deportiva	0,260	0,512	1,298	0,596	2,825
Enfermedad crónica	1,031	0,012	2,805	1,260	6,246
Estrés emocional	0,898	0,085	2,456	0,884	6,823
Menos de 6 horas de sueño	0,146	0,708	1,157	0,538	2,491
Ansiedad borderline	1,505	0,001	4,505	1,843	11,010
Ansiedad clínica	1,466	0,005	4,332	1,548	12,123
Constante	-3,998	,000	,018		

*Estadísticamente significativo

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 40 se puede observar que los predictores identificados para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable fueron el antecedente de enfermedad crónica, la presencia de ansiedad borderline y la presencia de ansiedad clínica. Los otros factores de riesgo identificados no alcanzaron significancia estadística en el presente estudio.

5.2 DISCUSIÓN

En la actualidad el Síndrome de Intestino Irritable es considerado un trastorno multifactorial. No existe una causa única ni un agente etiológico al que pueda atribuírsele dicho padecimiento, por lo que se hace necesario indagar sobre aspectos relacionados a los estilos de vida, antecedentes de salud y familiares de los pacientes.

En cuanto a la prevalencia de SII, los resultados de la mayor parte de los estudios revisados en los últimos años^{10,14,17,19} concluyen que hay una mayor prevalencia de SII en los estudiantes de medicina en comparación a la población general. Hori y col.⁴⁰ establecieron que la frecuencia de SII entre los estudiantes de medicina de Japón era aproximadamente el doble en comparación a la población japonesa promedio.

Por otro lado, un reciente meta-análisis⁴¹ de 80 estudios acerca del SII en distintas partes del mundo revelo que la prevalencia de esta entidad también se modificaba dependiendo del área geográfica o continente estudiado.

Es así como se infiere que la prevalencia aproximada del SII en nuestro país sería del 24 %, cifra que concuerda con lo hallado en este estudio en donde la prevalencia del SII dentro de los estudiantes de medicina fue del 24.2%.

Sin embargo, este porcentaje se contradice con lo encontrado por Vargas-Matos et al¹². el cual encuentran una prevalencia cercana al 12.4% en un estudio realizado también en estudiantes de medicina de una universidad, cifra muy por debajo de lo esperado para esta entidad.

La probable causa de la alta prevalencia de SII entre los estudiantes de medicina se menciona que podría ser la presencia de factores estresores durante toda la vida universitaria, incluyendo cambios en el estilo de vida y estas a su vez potenciada por una mala auto-adaptación a los cambios emocionales durante el transcurso de la carrera.

En lo que respecta al género, la mayoría de revisiones revelan que hay una mayor prevalencia de SII dentro de la población de estudiantes de medicina de sexo femenino en comparación a los varones. Los resultados de un meta-análisis elaborado por Lovell RM et al⁴¹ apoyan el principio de que el SII es mucho más frecuente en mujeres que en hombres (OR= 1.67; IC 95%: 1.53-1.82). Esto a su vez concuerda con lo hallado en el presente trabajo, en donde se identificó el sexo femenino como un factor de riesgo para el desarrollo de SII (OR= 2.47; IC 95%: 1.15-5.31) siendo esta asociación estadísticamente significativa (p=0.018). La causa probable de esta asociación estaría determinada bajo el concepto del rol modulador de las hormonas sexuales en el desarrollo del microambiente intestinal, así como en la regulación del eje cerebro-intestinal.

Con respecto a la edad, se sabe que esta es una entidad cuya prevalencia aumenta al encontrarse entre la segunda y tercera década de la vida. Es así como Ibrahim y col encontraron que la prevalencia de SII era significativamente mayor en estudiantes de medicina que tenían una edad de 22 años o más, en comparación a los que tenían menos de esa edad ($\chi^2=10.3$; p=0.001). Esto se contradice a nuestro estudio en donde si bien se encontró una frecuencia algo mayor de SII en la población con una edad mayor o igual de 22 años, no completó criterios para ser considerado un factor de riesgo (OR=1.27; IC 95%: 0.67-2.41, p=0.45).

El SII dentro de los estudiantes de medicina también ha sido relacionado a otros factores de riesgo sociodemográficos tales como el año de estudio cursado, la condición familiar y la condición de los padres.

Mansour-Ghanaei et al¹⁴ reportaron que los estudiantes que vivían de manera independiente tenían cifras significativamente más altas de frecuencia de SII que los que no lo hacían. Asimismo, Costanian et al⁴² reportaron que los estudiantes de medicina que vivían en casas privadas o en dormitorios estudiantiles eran tres veces más propensos a sufrir de SII que los que vivían con sus familias.

Con respecto a grado académico, Chu et al⁴³. mencionan que los estudiantes de últimos años que se encuentran cursando ciencias clínicas tienen una relativa mayor prevalencia de SII a comparación de los estudiantes de años menores. Similares resultados fueron encontrados por Ibrahim et al¹⁰, así como Wells y et al³³

Estos resultados no se corroboran con el presente trabajo, en el cual no se encontró asociación alguna con el estudio de ciencias clínicas (OR=0.79; IC 95%: 0.31-2.03), vivir de junto con la familia (OR=1.48; IC 95%: 0.47-4.62) o tener padres que viven actualmente separados (OR=0.95; IC 95%: 0.45-2.00)

El consumo de alcohol o tabaco son en muchos casos desencadenantes o agravantes de los síntomas gastrointestinales de los trastornos funcionales. Sin embargo, en nuestro estudio no se encontró asociación alguna entre el SII y la ingesta de alcohol (OR=0.87; IC 95%:0.43-1.79) o el consumo de tabaco (OR=0.65; IC 95%: 0.18-2.36). Estos datos concuerdan con lo hallado por Chirila et al³², en donde mencionan que la relación entre el ser fumador y el SII es prácticamente insignificante. Por otro lado, Vargas-Matos et al¹² corroboran que no hay relación alguna tanto con el alcohol (OR= 2.93; IC 95%: 0.71-25.85) como con el tabaco (OR=1.76; IC 95%: 0.87-3.50) en relación al SII.

En contraste, Ibrahim et al¹⁰ menciona haber una relación positiva entre el consumo de tabaco y la presencia de SII, esto justificado en parte por la dependencia al efecto placentero de la nicotina como reflejo de trastornos psicológicos de base no controlados.

La ausencia de practica regular de ejercicio ha sido también relacionada al probable desarrollo posterior de SII. En nuestro estudio se halló una relación positiva entre la ausencia de práctica de deportes y el SII (OR=2.03; IC 95%: 1.06-3.89) siendo a su vez estadísticamente significativa (p=0.03)

Esto concuerda con lo hallado con Ibrahim et al¹⁰. ($\chi^2=8.468$; p=0.004), así como con Dong et al⁴⁴ en donde las prevalencias de SII eran menores en los estudiantes que desarrollaban con frecuencia ejercicios físicos.

El sueño tanto en cantidad como en calidad de horas de sueño también se menciona como un factor desencadenante para esta entidad. Liu et al¹⁹ reporta que hay asociación entre los trastornos de sueño y la presencia de SII. Asimismo, los estudios de Ibrahim et al¹⁰. reportaron una leve asociación entre dormir menos de ocho horas al día y esta enfermedad ($X^2= 2.39$; $p=0.12$; $OR=1.32$; IC 95%: 0.93-1.88). Esto concuerda con lo hallado en el presente estudio, que a pesar de haber tomado un corte algo menor al delimitar el rango en una cantidad menor de seis horas de sueño al día se encontró una asociación estadísticamente significativa que sustentó el mismo ($X^2= 4.92$; $p=0.026$; $OR=2.06$; IC 95%: 1.08-3.92).

Hay algunos antecedentes relacionados al historial médico y familiar que pueden estar involucrados en un potencial desarrollo futuro de SII. Tanto Carroccio et al^{31,45} como Ibrahim et al¹⁰ encontraron una prevalencia mayor de esta enfermedad en estudiantes que tenían alguna historia de hipersensibilidad alimentaria ($p<0.05$; $OR=4.07$; IC 95%: 1.76-9.38).

Asimismo, los especialistas mencionan que muy frecuentemente los pacientes que sufren de SII llegan a la consulta con el antecedente de haber consumido una gran variedad de medicamentos antes de llegar a consulta. Esto en concordancia con el estudio de Ibrahim et al¹⁰ ($X^2=6.15$; $p=0.01$; $OR=1.77$; IC 95%: 1.10-2.86) donde encuentran que la presencia de SII era significativamente mayor en los estudiantes que reportaban algún uso regular de medicamentos. En el mismo estudio mencionado se buscó una relación con la presencia o no de problemas de salud crónicos hallando una relación positiva pero sin significancia estadística ($p=0.13$; $OR=1.39$; IC 95%: 0.90-2.15)

En contraste, en el presente estudio expuesto no se encontró relación alguna entre la presencia de alergia alimentaria ($OR=0.82$; IC 95%: 0.25-2.60), el consumo actual de medicamentos ($OR=1.34$; IC 95%: 0.52-3.44) o el antecedente familiar de SII ($OR= 1.17$; IC 95%: 0.60-2.24). Sin embargo, si se encontró una fuerte asociación entre el antecedente de sufrir alguna enfermedad crónica y la presencia de SII ($x^2=24.03$; $p<0.05$; $OR=5.28$; IC 95%: 2.62-10.63)

Los antecedentes psicológicos muestran una relación estrecha con el desarrollo de SII en distintas poblaciones estudiadas, según los últimos estudios realizados por distintos autores. Lee y col.⁸ reportaron que tanto el estrés (OR=1.730; IC 95%: 1.539-1.945) como la depresión (OR=3.508; IC 95%: 3.005-4.096) eran factores de riesgo importantes en el desarrollo de SII.

Por otro lado, en un estudio realizado por Naeem et al¹⁷ se encontraron síntomas psicológicos de ansiedad en el 55.8% de pacientes que presentaban SII. Tan y col.⁴⁶ también encuentran una relación entre la frecuencia de síntomas tanto de ansiedad como de depresión en estudiantes de medicina de Malasia. Similarmente Okami et al¹⁶ encontraron que estudiantes de medicina que sufrían de SII presentaban puntajes más altos en las escalas de ansiedad-depresión. Ibrahim et al¹⁰ encontraron que la ansiedad mórbida era un factor predictor importante en el desarrollo de SII en estudiantes de medicina ($\chi^2=13.95$; $p=0.001$; OR: 1.43; IC 95%: 0.87-2.15). A su vez la presencia de alguno episodio de estrés emocional en los 6 meses anteriores fue encontrado en un 40.1% de los estudiantes con SII ($\chi^2=25.88$; $p<0.05$; OR=2.61; IC 95%: 1.79-3.79), cifra mucho mayor en comparación a los estudiantes que no presentaban dicho antecedente (20.1%). Esto concuerda con lo encontrado en nuestra investigación en donde se hayan cifras que evidencia una relación positiva entre ambas variables ($\chi^2=14.01$; $p<0.05$; OR=5.04; IC 95%: 2.03-12.54)

En el presente estudio al igual que en la investigación realizada por Ibrahim et al¹⁰ se utilizó la escala de HADS para la valoración de la presencia de ansiedad-depresión en la población estudiado. Se encontró una asociación positiva entre la presencia de ansiedad clínica y el desarrollo de SII ($\chi^2=14.754$; $p<0.05$; OR=4.08; IC 95%: 1.92-8.65), no tanto así para la depresión clínica ($\chi^2=0.003$; $p=0.955$; OR=1.04; IC 95%: 0.20-5.36). Asimismo, se encontró una asociación entre la presencia de Ansiedad Borderline y el desarrollo de SII ($\chi^2=8.955$; $p=0.003$; OR=2.74; IC 95%: 1.39-5.37).

Es conocida la importancia de la presencia de factores psicológicos y emocionales en el desarrollo y progresión de síntomas dentro del Síndrome de Intestino Irritable⁴⁷. Los estudiantes de medicina experimentan más estrés

psicológico debido a un número mayor de exámenes y carga de estudio²⁰. Estas personas tienen una dificultad en el control de su ira y esto interfiere con su rutina normal, trabajo o actividades universitarias.

En la regresión logística bivariada de las variables que indicaban la presencia de un factor de riesgo la que mostro mayor valor predictivo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable fue la presencia de Ansiedad Borderline ($p=0.001$; OR=4.505; IC 95%: 1.84-11.01), seguido de la presencia de Ansiedad Clínica ($p=0.005$; OR:4.332; IC 95%: 1.54-12.12) y el antecedente de enfermedad crónica ($p=0.012$; OR=2.805; IC 95%: 1.26-6.24) El resto de variables no lograron valores estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES

La prevalencia estimada del Síndrome de Intestino Irritable en estudiantes e internos de medicina de la Universidad Ricardo Palma durante el 2016 es del 24.2%. Dentro del mismo el subtipo de SII más frecuentemente encontrado fue el SII mixto con un 52%

Dentro de los factores de riesgo sociodemográficos evaluados el único asociado a la presencia de Síndrome de Intestino Irritable fue el sexo femenino, presentando un riesgo de hasta 2.5 veces mayor de desarrollar la enfermedad en comparación al sexo masculino.

La edad mayor a 22 años, vivir de manera independiente o tener padres separados tuvieron asociación levemente positiva al Síndrome de Intestino Irritable en la población estudiada, pero sin significancia estadística.

En cuanto a los hábitos nocivos como factor de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable, el único identificable fue la ausencia de práctica de deporte la cual incluía un riesgo casi 2 veces mayor para presentar esta enfermedad en comparación a los que si realizaban práctica deportiva.

El consumo de alcohol y de tabaco tuvieron poca relación como factores de riesgo para Síndrome de Intestino Irritable en la población estudiada al carecer sus asociaciones de significancia estadística.

Dentro del grupo de antecedentes personales o familiares asociados al Síndrome de Intestino Irritable el único identificado fue la presencia de enfermedad crónica la cual incluía un riesgo 2.5 veces mayor para el desarrollo de SII en comparación a los que no presentaban algún antecedente de enfermedad crónica.

El consumo de medicamentos, la alergia alimentaria y el antecedente familiar tuvieron poca relación al Síndrome de Intestino Irritable, a su vez de no contar con significancia estadística relevante.

Dentro de los factores psicológicos evaluados mediante la escala HADS, se identificó tanto la presencia de ansiedad clínica como de ansiedad mórbida como factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome de Intestino Irritable, presentando una probabilidad 4.08 y 2.7 veces mayor de presentar esta patología, respectivamente.

Los predictores de SII con significancia estadística hallados durante la presente investigación fueron la presencia de ansiedad mórbida, la presencia de ansiedad clínica y el antecedente de presentar alguna enfermedad crónica.

RECOMENDACIONES

A partir del estudio realizado entre los estudiantes de medicina de esta universidad se recomienda que es de vital importancia estimular la promoción de estilos de vida saludables en todo el campus, basados principalmente en la mejora de la calidad del sueño y el desarrollo de actividades deportivas frecuentes para el beneficio del alumnado.

Adicionalmente hacer un llamado de alerta para el control de los problemas relacionados al estrés y la salud mental de la población universitaria, los cuales pueden ser altamente beneficiados mediante la promoción de actividades de integración y modificaciones en el estilo de vida, para que posteriormente no repercuta en el desarrollo de enfermedades relacionadas.

Finalmente, sería muy beneficioso poder replicar este estudio en una población de mayor número y ampliar la cantidad de variables estudiadas para poder así encontrar otras probables asociaciones que puedan ser de vital importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ford AC, Talley NJ. Irritable bowel syndrome. *BMJ*. el 4 de septiembre de 2012;345:e5836.
2. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA*. el 3 de marzo de 2015;313(9):949–58.
3. Fukudo S, Kaneko H, Akiho H, Inamori M, Endo Y, Okumura T, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol*. enero de 2015;50(1):11–30.
4. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV, Gómez-Escudero O, Bosques-Padilla F, Coss-Adame E, et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol México*. julio de 2016;81(3):149–67.
5. Guzmán Calderón E, Montes Teves P, Monge Salgado E. Probióticos, prebióticos y simbióticos en el síndrome de intestino irritable. *Acta Médica Peru*. abril de 2012;29(2):92–8.
6. Canavan C, West J, Card T. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. noviembre de 2014;40(9):1023–34.
7. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology monograph on the management of irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol*. agosto de 2014;109 Suppl 1:S2–26; quiz S27.
8. Lee SP, Sung I-K, Kim JH, Lee S-Y, Park HS, Shim CS. The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *J Neurogastroenterol Motil*. el 30 de marzo de 2015;21(2):273–82.
9. Delgado-Quiñonez EG, Hernández-Calderón J, Sahagún-Cuevas MN, Cervantes-Sánchez P, Ramírez-Ramos JK. Prevalencia de síndrome de intestino irritable según los criterios Roma III en residentes de la

especialidad de Medicina Familiar. Rev Médica MD. el 15 de mayo de 2015;6.7(4):248–52.

10. Ibrahim NKR, Battarjee WF, Almehmadi SA. Prevalence and predictors of irritable bowel syndrome among medical students and interns in King Abdulaziz University, Jeddah. Libyan J Med. el 19 de septiembre de 2013;8:21287.
11. Zhang L, Duan L, Liu Y, Leng Y, Zhang H, Liu Z, et al. [A meta-analysis of the prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in Chinese community]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. diciembre de 2014;53(12):969–75.
12. Vargas-Matos I, Ng-Sueng LF, Flores-Arriaga J, Beltrán-Flores S, Lema-Correa M, Piscoya A, et al. Superposición del síndrome de intestino irritable y dispepsia funcional basados en criterios ROMA III en estudiantes de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. Rev Gastroenterol Perú. julio de 2015;35(3):219–25.
13. Ibrahim NK. A systematic review of the prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome among medical students. Turk J Gastroenterol Off J Turk Soc Gastroenterol. enero de 2016;27(1):10–6.
14. Mansour-Ghanaei F, Fallah MS, Heidarzadeh A, Jafarshad R, Joukar F, Ghasemipour R, et al. Prevalence and Characteristics of Irritable Bowel Syndrome (IBS) amongst Medical Students of Gilan Northern Province of Iran. Middle East J Dig Dis MEJDD. 2009;1(2):100–5.
15. Basandra S, Bajaj D. Epidemiology of Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome (IBS) in Medical Students of Northern India. J Clin Diagn Res JCDR. diciembre de 2014;8(12):JC13-JC16.
16. Okami Y, Kato T, Nin G, Harada K, Aoi W, Wada S, et al. Lifestyle and psychological factors related to irritable bowel syndrome in nursing and medical school students. J Gastroenterol. diciembre de 2011;46(12):1403–10.

17. Naeem SS, Siddiqui EU, Kazi AN, Memon AA, Khan ST, Ahmed B. Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among medical students of Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *BMC Res Notes*. el 24 de mayo de 2012;5:255.
18. Tayama J, Nakaya N, Hamaguchi T, Saigo T, Takeoka A, Sone T, et al. Maladjustment to Academic Life and Employment Anxiety in University Students with Irritable Bowel Syndrome. *PloS One*. 2015;10(6):e0129345.
19. Liu Y, Liu L, Yang Y, He Y, Zhang Y, Wang M, et al. A School-Based Study of Irritable Bowel Syndrome in Medical Students in Beijing, China: Prevalence and Some Related Factors. *Gastroenterol Res Pract*. el 13 de octubre de 2014;2014:e124261.
20. Shen L, Kong H, Hou X. Prevalence of irritable bowel syndrome and its relationship with psychological stress status in Chinese university students. *J Gastroenterol Hepatol*. Diciembre de 2009;24(12):1885–90.
21. Jung HJ, Park MI, Moon W, Park SJ, Kim HH, Noh EJ, et al. Are Food Constituents Relevant to the Irritable Bowel Syndrome in Young Adults? - A Rome III Based Prevalence Study of the Korean Medical Students. *J Neurogastroenterol Motil*. julio de 2011;17(3):294–9.
22. Miwa H. Prevalence of irritable bowel syndrome in Japan: Internet survey using Rome III criteria. *Patient Prefer Adherence*. el 2 de febrero de 2008;2:143–7.
23. Mayer EA, Tillisch K. The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annu Rev Med*. 2011;62:381–96.
24. Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade RR. Diagnosis and management of IBS in adults. *Am Fam Physician*. el 1 de septiembre de 2012;86(5):419–26.
25. Saito YA, Petersen GM, Larson JJ, Atkinson EJ, Fridley BL, de Andrade M, et al. Familial Aggregation of Irritable Bowel Syndrome: A Family Case–Control Study. *Am J Gastroenterol*. abril de 2010;105(4):833–41.

26. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol.* el 4 de febrero de 2014;6:71–80.
27. Montoro M, García J, Castells A, et al. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Asociación Española de Gastroenterología. Madrid; 2012.
28. Schwille-Kiuntke J, Mazurak N, Enck P. Systematic review with meta-analysis: post-infectious irritable bowel syndrome after travellers' diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther.* junio de 2015;41(11):1029–37.
29. Häuser W, Layer P, Henningsen P, Kruis W. Functional bowel disorders in adults. *Dtsch Arzteblatt Int.* febrero de 2012;109(5):83–94.
30. Halland M, Saito YA. Irritable bowel syndrome: new and emerging treatments. *BMJ.* el 18 de junio de 2015;350:h1622.
31. Carroccio A, Brusca I, Mansueto P, D'alcamo A, Barrale M, Soresi M, et al. A comparison between two different in vitro basophil activation tests for gluten- and cow's milk protein sensitivity in irritable bowel syndrome (IBS)-like patients. *Clin Chem Lab Med.* junio de 2013;51(6):1257–63.
32. Chirila I, Petrariu FD, Ciortescu I, Mihai C, Drug VL. Diet and irritable bowel syndrome. *J Gastrointest Liver Dis JGLD.* diciembre de 2012;21(4):357–62.
33. Wells M, Roth L, McWilliam M, Thompson K, Chande N. A Cross-Sectional Study of the Association between Overnight Call and Irritable Bowel Syndrome in Medical Students. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2012;26(5):281–4.
34. Whitehead WE, Palsson OS, Feld AD, Levy RL, Von Korff M, Turner MJ, et al. Utility of red flag symptom exclusions in the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* el 1 de julio de 2006;24(1):137–46.
35. Jahangiri P, Jazi MSH, Keshteli AH, Sadeghpour S, Amini E, Adibi P. Irritable Bowel Syndrome in Iran: SEPAHAN Systematic Review No. 1. *Int J Prev Med.* marzo de 2012;3(Suppl 1):S1-9.

36. Johannesson E, Simrén M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol*. mayo de 2011;106(5):915–22.
37. El-Salhy M, Gundersen D. Diet in irritable bowel syndrome. *Nutr J*. 2015;14:36.
38. Abdulmajeed A, Rabab MA, Sliem HA, Hebatallah NE. Pattern of irritable bowel syndrome and its impact on quality of life in primary health care center attendees, Suez governorate, Egypt. *Pan Afr Med J*. 2011;9:5.
39. IBRAHIM N, AL-KHARBOUSH D, EL-KHATIB L, AL-HABIB A, ASALI D. Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression among Female Medical Students in King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. *Iran J Public Health*. el 1 de julio de 2013;42(7):726–36.
40. Hori K, Matsumoto T, Miwa H. Analysis of the gastrointestinal symptoms of uninvestigated dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Gut Liver*. septiembre de 2009;3(3):192–6.
41. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. julio de 2012;10(7):712–721.e4.
42. Costanian C, Tamim H, Assaad S. Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among university students in Lebanon: Findings from a cross-sectional study. *World J Gastroenterol WJG*. el 28 de marzo de 2015;21(12):3628–35.
43. Chu L, Zhou H, Lü B, Li M, Chen M. [An epidemiological study of functional bowel disorders in Zhejiang college students and its relationship with psychological factors]. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. junio de 2012;51(6):429–32.
44. Dong Y-Y, Zuo X-L, Li C-Q, Yu Y-B, Zhao Q-J, Li Y-Q. Prevalence of irritable bowel syndrome in Chinese college and university students assessed using

Rome III criteria. *World J Gastroenterol.* el 7 de septiembre de 2010;16(33):4221–6.

45. Carroccio A, Brusca I, Mansueto P, Pirrone G, Barrale M, Di Prima L, et al. A cytologic assay for diagnosis of food hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* marzo de 2010;8(3):254–60.
46. Tan Y-M, Goh KL, Muhidayah R, Ooi CL, Salem O. Prevalence of irritable bowel syndrome in young adult Malaysians: a survey among medical students. *J Gastroenterol Hepatol.* diciembre de 2003;18(12):1412–6.
47. Song S-W, Park S-J, Kim S-H, Kang S-G. Relationship between Irritable Bowel Syndrome, Worry and Stress in Adolescent Girls. *J Korean Med Sci.* noviembre de 2012;27(11):1398–404.
48. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003 Jul-Aug;25(4):277-83.
49. Schmulson M, Morgan D, Cortes L, Squella F, López-Colombo A, Domínguez R, Martínez E, Rey E, Mearin F. Traducción y validación multinacional del cuestionario diagnóstico para adultos de Roma III en español. *Rev. Gastroenterol. Méx.* 2008;73(Supl.2):79.
50. Douglas R. Morgan, Freddy E. Squella, Edgar Pena, Fermin Mearin, Enrique Rey, Hector E. Enriquez Blanco, Loreto Cortes, Ricardo Dominguez, Max J. Schmulson. M1350 Multinational Validation of the Spanish ROME III Adult Diagnostic Questionnaire: Comparable Sensitivity and Specificity to English Instrument. *Gastroenterology.* 2010;138(Suppl. 1):S-386.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta dedicada a estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma

Sexo: M F

Edad: _____

Año Académico: _____

Estado Civil: _____

¿En qué condiciones vives mientras estudias en la universidad?

Con Familia

Independiente

¿En qué condiciones viven tus padres?

Viven juntos

Divorciados

¿Ha fumado usted alguna vez en su vida?

Si

No

¿Actualmente, usted fuma?

Si

No

¿Consume usted bebidas alcohólicas?

Si

No

¿Práctica usted algún deporte?

Si

No

¿Conoces de algún familiar directo tuyo que haya sufrido de Síndrome de Intestino Irritable?

Si

No

¿Sufres actualmente de alguna enfermedad crónica? (Incluyendo enfermedades psiquiátricas)

Si

No

Si tu respuesta fue “Si” a la pregunta anterior escribe tu(s) diagnóstico(s):

Si tu respuesta fue SI a la pregunta 19, ¿actualmente recibes alguna medicación para el mismo?

Si

No

¿Sufres de alguna alergia a los alimentos?

Si

No

¿Has sufrido algún episodio de estrés emocional en los últimos 6 meses?

Si

No

¿Cuántas horas duerme usted al día, regularmente?

1. Menos de cuatro horas

2. De cuatro a cinco horas

3. De seis a siete horas

4. Ocho o más horas

¿Ha notado la presencia de sangre en sus heces?

Si

No

¿En caso que haya tenido molestias abdominales o gastrointestinales, estas lo han despertado durante el sueño?

Si

No

¿Ha notado que ha perdido peso últimamente?

Si

No

¿Tiene historia familiar de cáncer de colon?

Si

No

Anexo 2. ESCALA HADS

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada.

No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso

Todos los días

Muchas veces

A veces

Nunca

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

Como siempre

No lo bastante

Sólo un poco

Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas

Al igual que siempre lo hice

No tanto ahora

Casi nunca

Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces

Con bastante frecuencia

A veces, aunque no muy seguido

Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

Nunca

No muy seguido

A veces

Casi siempre

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

Siempre

Por lo general

No muy seguido

Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento

Por lo general en todo momento

Muy seguido

A veces

Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago

Nunca

En ciertas ocasiones

Con bastante frecuencia

Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado

Totalmente

No me preocupa como debiera

Podría tener un poco más de cuidado

Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

Mucho

Bastante

No mucho

Nada

12. Me siento con esperanzas respecto al futuro

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

Muy frecuentemente

Bastante seguido

No muy seguido

Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

Seguido

A veces

No muy seguido

Rara vez

Anexo 3. CUESTIONARIO AUTOEVALUATIVO ROMA III PARA EL DIAGNOSTICO DE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

1. En los últimos 3 meses, ¿Cuán seguido has notado la presencia de discomfort o dolor en cualquier parte de tu abdomen?	0. Nunca 1. Menos de un día al mes 2. Un día al mes 3. De dos a tres días al mes 4. Un día por semana 5. Más de un día por semana 6. Todos los días	Si respondió "0" evite las siguientes preguntas
2. Para mujeres: ¿Este discomfort o dolor abdominal ocurrió solo durante tu sangrado menstrual y no en otra oportunidad?	0. No 1. Si	
3. ¿Has tenido este discomfort o dolor abdominal durante 6 meses o más?	0. No 1. Si	
4. ¿Cuán seguido este discomfort o dolor se alivia con las deposiciones?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	
5. ¿Cuándo este discomfort o dolor empezó, aumentaron la frecuencia de sus deposiciones?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	
6. ¿Cuándo este discomfort o dolor empezó, disminuyó la frecuencia de sus deposiciones?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	
7. ¿Cuándo este discomfort o dolor empezó, sus deposiciones eran más sueltas (blandas)?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	
8. ¿Cuándo este discomfort o dolor empezó, cuán seguido presentaba heces más duras?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	
9. En los últimos 3 meses, ¿Con qué frecuencia ha tenido heces duras o secas?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	0. Nunca o raramente 1. Cerca del 25% de las veces 2. Cerca del 50% de las veces 3. Cerca del 75% de las veces 4. Cerca del 100% de las veces
10. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia tenía heces sueltas, blandas o acuosas?	0. Nunca o raramente 1. A veces 2. Muy seguido 3. La mayor parte del tiempo 4. Siempre	0. Nunca o raramente 1. Cerca del 25% de las veces 2. Cerca del 50% de las veces 3. Cerca del 75% de las veces 4. Cerca del 100% de las veces

Fuente: The Rome Foundation, Inc[©]

Anexo 4. TURNITIN



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Simón Arturo Venancio Masgo
Título del ejercicio: Curso Titulación Por tesis
Título de la entrega: Tesis - Simon Arturo Venancio Ma...
Nombre del archivo: Tesis_-_Simon_Arturo_Venancio_...
Tamaño del archivo: 661.73K
Total páginas: 95
Total de palabras: 17,851
Total de caracteres: 95,931
Fecha de entrega: 10-feb-2017 08:02a.m.
Identificador de la entrega: 765212210





Portafolio de la clase

Peer Review

Mis notas

Discusión

Calendario

ESTÁS VIENDO: INICIO > CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016: SECTION 1

¡Bienvenido a la página de inicio de su nueva clase! Podrás ver todos los ejercicios de tu clase en la página principal de tu clase, así como ver información adicional acerca de los ejercicios, entregar tu trabajo y tener acceso a los comentarios para tus trabajos.

Mueve el cursor sobre cualquier elemento de la página principal de la clase para ver más información.

Página de Inicio de la clase

Esta es la página de inicio de su clase. Para entregar un trabajo, haga clic en el botón de "Entregar" que está a la derecha del nombre del ejercicio. Si el botón de Entregar aparece en gris, no se pueden realizar entregas al ejercicio. Si está permitido entregar trabajos más de una vez, el botón dirá "Entregar de nuevo" después de que usted haya entregado su primer trabajo al ejercicio. Para ver el trabajo que ha entregado, pulse el botón "Ver". Una vez la fecha de publicación del ejercicio ha pasado, usted también podrá ver los comentarios que le han dejado en el trabajo haciendo clic en el botón de "Ver".

Bandeja de entrada del ejercicio: CURSO DE TITULACION POR TESIS 2016

Información	Fechas	Similitud
Curso Titulación Por tesis 	Comienzo 11-dic-2016 12:52AM Fecha de entrega 28-feb-2017 11:59PM Publicar 28-feb-2017 12:00AM	12% 

Entregar de nuevo

Ver



Anexo 5. Certificado de Curso Taller



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

II CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Señor

SIMON ARTURO VENANCIO MASGO

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de abril, mayo, junio y julio del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SINDROME DEL
INTESTINO IRRITABLE EN ESTUDIANTES E INTERNOS DE
MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
DURANTE EL PERIODO JULIO-AGOSTO DEL 2016”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo al artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apto para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 22 de Julio de 2016


Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica


Dra. María del Socorro Alatrística Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

Anexo 6. Aprobación de proyecto de tesis FAMURP



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Facultad de Medicina Humana

Oficio N° 2546-2016-FMH-D

Surco, 22 de julio de 2016

Señor
SIMON ARTURO VENANCIO MASGO
Presente

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN ESTUDIANTES E INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD RICARDO PALMA DURANTE EL PERIODO JULIO-AGOSTO DEL 2016", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 21 de julio de 2016.

Por lo tanto queda usted expedito a fin de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,


Mg. Hilda Jurupe Chico
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú
E-mail: mhuman@urp.edu.pe - www.urp.edu.pe/medicina/

Central: 708-0000
Anexo: 6010
Telefax: 708-0106