

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con  
obesidad de 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del  
Norte IESS Ceibos del 2021-2023.**

**AUTORES:**

**Ávila Egas, Danna Valeria  
Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**Dr. Martin Delgado, Jimmy Daniel**

**Guayaquil, Ecuador  
03 de octubre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Ávila Egas, Danna Valeria y Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

**TUTOR**



Firmado electrónicamente por:  
**JIMMY DANIEL MARTIN  
DELGADO**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Martin Delgado, Jimmy Daniel**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis**

**Guayaquil, 03 de octubre del 2024**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**Nosotros, Ávila Egas, Danna Valeria**  
**Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023** previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, al 03 del mes de octubre del año 2024**

**LAS AUTORAS:**



Firmado electrónicamente por:  
DANNA VALERIA  
ÁVILA EGAS



Firmado electrónicamente por:  
**GENESIS ANGELINA**  
**CAICEDO CAICEDO**

**Ávila Egas, Danna Valeria**

**Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

**Nosotros, Ávila Egas, Danna Valeria**  
**Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, al 03 del mes de octubre del año 2024**

**LAS AUTORAS:**



Firmado electrónicamente por:  
DANNA VALERIA  
ÁVILA EGAS

**Ávila Egas, Danna Valeria**



Firmado electrónicamente por:  
**GENESIS ANGELINA**  
**CAICEDO CAICEDO**

**Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**

# REPORTE ANTIPLAGIO



INFORME DE ANÁLISIS  
magister

## TT, P73-AVILA-CAICEDO

3%  
Textos sospechosos

- 3% Similitudes
  - 0% similitudes entre comillas (ignorado)
  - 0% entre las fuentes mencionadas (ignorado)
- 3% Idiomas no reconocidos (ignorado)
- 1% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: TT, P73-AVILA-CAICEDO.docx  
ID del documento: 9e5fb7d3ea787116fbd626dd0d0b626d6577b081  
Tamaño del documento original: 422.99 kB  
Autores: null AVILA EGAS, null CAICEDO CAICEDO

Depositante: null AVILA EGAS  
Fecha de depósito: 3/9/2024  
Tipo de carga: url\_submission  
fecha de fin de análisis: 3/9/2024

Número de palabras: 13.239  
Número de caracteres: 86.878

Ubicación de las similitudes en el documento:



### Fuentes de similitudes

#### Fuentes principales detectadas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/21217/1/T-UCSG-PRE-MED-1479.pdf 39 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (331 palabras)
2	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16687/3/T-UCSG-PRE-MED-1087.pdf.txt 37 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (314 palabras)
3	TT, BARCIA - ROTHERMEL, ÚLTIMO AVANCE.docx   TT, BARCIA - ROTHER... #5a0191 El documento proviene de mi biblioteca de referencias 35 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (315 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/17318/3/T-UCSG-PRE-MED-1175.pdf.txt 32 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (304 palabras)
5	Trabajo de titulacion Solis & Robalino.docx   Estimación del filtrado glom... #623e4d El documento proviene de mi biblioteca de referencias 30 fuentes similares	2%		Palabras idénticas: 2% (304 palabras)

#### Fuentes con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	www.doi.org https://www.doi.org/10.1007/S40277-015-0048-0	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
2	med-cmc.com   síndrome del intestino irritable: estreñimiento - Plataforma Galen... https://med-cmc.com/sindrome-del-intestino-irritable-estreñimiento/	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
3	buleria.unileon.es http://buleria.unileon.es/bitstream/10612/14722/1/TFG_Biologia_BuenoRodriguez_Marta.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
4	scielo.iics.una.py http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v19n1/1812-9528-iics-19-01-58.pdf	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (19 palabras)
5	dspace.ucuenca.edu.ec https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/38397/2/documento.pdf.txt	< 1%		Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)

Fuentes ignoradas Estas fuentes han sido retiradas del cálculo del porcentaje de similitud por el propietario del documento.

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/18875/3/T-UCSG-PRE-MED-1275.pdf.txt	3%		Palabras idénticas: 3% (377 palabras)
2	Centeno Rosa y Macias Lady.docx   Prevalencia de diabetes gestacional e... #c4b6c5 El documento proviene de mi grupo	3%		Palabras idénticas: 3% (358 palabras)
3	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12941/3/T-UCSG-PRE-MED-796.pdf.txt	3%		Palabras idénticas: 3% (346 palabras)
4	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16706/3/T-UCSG-PRE-MED-1104.pdf.txt	3%		Palabras idénticas: 3% (343 palabras)
5	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/14995/4/T-UCSG-PRE-MED-992.pdf.txt	3%		Palabras idénticas: 3% (329 palabras)
6	repositorio.ucsg.edu.ec http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/13946/3/T-UCSG-POS-MGSS-214.pdf.txt	3%		Palabras idénticas: 3% (342 palabras)

## TUTOR



Firmado electrónicamente por:  
JIMMY DANIEL MARTIN  
DELGADO

f. Dr. Martin Delgado, Jimmy Daniel

## **AGRADECIMIENTO**

En primera instancia agradezco a Dios por permitirme formar en la carrera que tanto amo, porque pese a las dificultades que se me presentaban sostuvo mi mano y me ayudaba a levantar las veces que fueran necesarias.

Agradezco a mi mamá María Eugenia, la cual ha sido el motor principal de mi vida sin ella nada de esto hubiera sido posible, sus mensajes de aliento y motivación, sus abrazos, su apoyo desmedido y su amor incondicional siempre estando presente para escucharme, darme la fuerza para no rendirme y ayudarme a convertir en la mujer que soy el día de hoy. Nunca tendré palabras para agradecerte todo lo que haces a diario por mí, eres mi mayor inspiración. A mi papá Carlos, el cual ha sido parte fundamental en mi proceso de formación, el que me alegraba y motivaba con sus mensajes diariamente y él que con sus bromas y chistes podía cambiar lo que era tener un mal día académico. Agradezco a mi hermano Adrián, el cual aparte de ser mi hermano ha sido mi amigo, el que me ha dado su apoyo incondicional, el que me ha alentado a ser mejor y tomar siempre las mejores decisiones. Y a mi hermana Mia, la cual al ser ya no tan pequeña me ha acompañado en mis momentos difíciles y con sus ocurrencias/locuras me ha llenado de mucha felicidad. Agradezco a mis abuelitos Héctor y Mariana, los cuales han sido pilar fundamental desde el día #1, ya que con su gestos y amor me han motivado a ser siempre mejor. De igual forma a mis tíos, primos, familiares que no necesariamente han sido de sangre, amigos gracias por siempre estar presente y no dejarme vencer.

También agradezco ya que en tan duro caminar con altos y bajos, he podido conocer a compañeros que se han vuelto hermanos y han hecho de la universidad un lugar de lindos recuerdos. A mis grandes mentores de la universidad, gracias por todas sus enseñanzas las llevaré siempre presentes para siempre hacer el bien a nuestros pacientes.

Y por último lugar, agradezco a mi cómplice Nayme Jeanpierre, mi compañero de aventuras el cual ha sido parte importante de este proceso, el cual siempre estuvo presto para darme una mano, el que siempre me recordó que yo podía y que con su amor infinito me impulsaba a seguir adelante. Gracias a todos.

**Danna Ávila Egas**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Jehová porque nunca me soltó desde que decidí tomar este camino y fue él quien con su guía estuvo tras cada paso que di en mi carrera. A mi madre, mi pilar fundamental, quien estuvo conmigo desde el día uno y nunca dudó de mí, a mi padre, tías, abuela y hermanos porque siempre creyeron en mí y a pesar de la distancia, con sus palabras de ánimo y encomio me daban las fuerzas cada que quise tirar la toalla. Finalmente agradezco a cada una de las personas que fueron parte de mi formación, maestros que fueron amigos, y compañeros que se convirtieron en hermanos, gracias por hacer de la carrera una carga más liviana y enseñarme a disfrutar el proceso.

**Génesis C.**

## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo en primer lugar a Dios, ya que sin él nada de esto hubiera sido posible; en segundo lugar, quiero dedicárselo a mis padres María Eugenia y Carlos ya que gracias a ellos soy lo que soy actualmente, y con sus grandes esfuerzos y sacrificios he podido culminar esta gran etapa en mi vida. De igual forma a mis hermanos, Adrián y Mia quienes con sus ocurrencias y palabras jamás me dejaron caer. Aunque muchas veces el camino se veía lejano, se veía oscuro, siempre fueron luz para mí, siempre creyeron en mí incluso cuando yo no lo hacía, prometo siempre hacerlos sentir orgullosos y siempre dar lo mejor de mí. Este logro no hubiera sido posible sin ustedes, los amo tanto. Y por último quiero dedicar este logro a mi ángel del cielo Manuelita, como te lo prometí un día aquí estoy alcanzando mis sueños y sé que siempre estuviste a mi lado en cada paso que daba, siempre vivirás en mi corazón.

**Danna Ávila Egas**



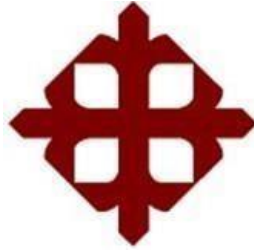
## **DEDICATORIA**

Dedico este proyecto de tesis a mi madre, puesto que es la protagonista principal desde que me embarqué en este viaje, quien sacrificó todo para que yo pudiera estudiar la carrera de mis sueños, nunca me dio un no por respuesta. Gracias, madre por tus palabras de aliento cada que te llamaba con las lágrimas en los ojos diciendo que solo quería volver a casa y abandonar mi carrera, ahí estuviste siempre para recalcarme que si podía. Gracias por cada uno de tus valores inculcados los cuales hacen hoy de mi lamujer que soy, gracias por recorrer este camino conmigo, y por nunca dudar de que lo lograría, lo hicimos juntas. Esto es para ti.

Dedico este logro a mi padre por su apoyo brindado en medida de lo que pudo y formar una mujer de bien, prometo ser una excelente médico y seguir haciendo que se sientan orgullosos de mí.

**Con amor, su querida hija.**

**Génesis C.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTÍNEZ  
DIRECTOR DE CARRERA**

f. \_\_\_\_\_  
**DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO  
COORDINADOR DE TITULACIÓN**

f. \_\_\_\_\_  
**OPONENTE**

## INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	2
CAPITULO I .....	3
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA .....	3
1.3. OBJETIVOS.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	4
1.4. JUSTIFICACION.....	4
CAPITULO II MARCO TEÓRICO.....	6
2.1.1. DEFINICIÓN .....	6
2.1.2. ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGIA .....	6
2.1.3. ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO .....	8
• Factores ambientales .....	8
• Factores psicológicos.....	9
• Factores socioeconómicos .....	9
• Medios de comunicación.....	9
2.1.4. ETIOPATOGENIA.....	10
2.1.5. FISIOPATOLOGIA.....	11
1. Regulación del apetito y energía.....	11
2. Inflamación crónica .....	11
3. Resistencia a la insulina .....	11
4. Disfunción de la microbiota intestinal.....	12
5. Cambios metabólicos.....	12
6. Impacto en el sistema cardiovascular .....	12
7. Efectos en el sistema respiratorio .....	12
2.1.6. DIAGNOSTICO.....	12
2.1.7. CONDICIONES ASOCIADAS .....	14
2.1.8. TRATAMIENTO .....	15
Farmacológico .....	17
2.1.9. PREVENCION .....	18
• Actividad física.....	19
• Políticas Públicas .....	19
• Educación y Concienciación .....	19
• Prevención en jóvenes .....	19
2.2. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE .....	19
2.2.2. EPIDEMIOLOGIA .....	20
2.2.3. FACTORES DE RIESGO .....	20
• Dieta .....	21
• Historial Familiar .....	21

• Infecciones gastrointestinales .....	21
• Cambios en la microbiota intestinal .....	21
• Género .....	21
• Edad .....	21
• Problemas psicológicos.....	21
• Estilo de vida sedentario .....	22
2.2.4. ETIOPATOGENIA.....	22
2.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	23
2.2.6. DIAGNOSTICO.....	24
Criterios de Manning (29): .....	25
Criterios de Roma (29): .....	25
2.2.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .....	26
2.2.8. TRATAMIENTO .....	26
2.2.9. COMPLICACIONES .....	27
CAPITULO III .....	29
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	29
3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	29
3.2.1. MANEJO ESTADISTICO DE LOS DATOS.....	29
3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	30
3.3.2. MUESTRA.....	30
3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	30
Criterios de exclusión .....	30
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	30
3.5 DIAGRAMA DE FLUJO .....	32
CAPITULO IV .....	33
4.1. RESULTADOS.....	33
4.2. DISCUSION.....	37
CAPITULO V.....	40
5.1. CONCLUSIONES .....	40
5.2. RECOMENDACIONES.....	40
Referencias.....	41
ANEXOS.....	46

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Factores de riesgo de Obesidad .....	8
<b>Tabla 2</b> Índice de Masa Corporal (IMC) .....	12
<b>Tabla 3</b> Tratamiento farmacológico de la obesidad (40) .....	17
<b>Tabla 4</b> Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.....	32
<b>Tabla 5</b> Características demográficas de los pacientes con síndrome de intestino irritable con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos. 32	
<b>Tabla 6</b> Clasificación de los subtipos del síndrome de intestino irritable con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.....	33
<b>Tabla 7</b> Relación entre el IMC por grados y el síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos. 33	
<b>Tabla 8</b> Relación entre el sexo con el de síndrome de intestino irritable con predominio diarrea en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos .....	34
<b>Tabla 9</b> Relación entre el sexo con el de síndrome de intestino irritable con predominio constipación en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos. ....	35
<b>Tabla 10</b> Relación entre el sexo con el síndrome de intestino irritable de predominio mixto en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos .....	35

## INDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> Diagrama de flujo de selección de pacientes.....	31
<b>Figura 2</b> Distribución del sexo en pacientes con síndrome de intestino irritable y obesidad.....	45
<b>Figura 3</b> Distribución de subtipos de síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad.....	45

## RESUMEN

**Introducción:** El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional del intestino grueso caracterizado por dolor abdominal y alteraciones en el hábito defecatorio sin causas orgánicas. A nivel mundial, afecta al 11.5-12% de la población, con mayor prevalencia en mujeres. Los factores de riesgo incluyen obesidad, antecedentes familiares, sedentarismo y hábitos tóxicos. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de entre 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023. **Metodología:** Este estudio descriptivo, retrospectivo y transversal se basa en la revisión de historias clínicas electrónicas del sistema AS400 en el Hospital General del Norte IESS Ceibos. Se investigaron pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable y obesidad entre enero de 2021 y diciembre de 2023. **Resultados:** El estudio incluyó 311 pacientes con obesidad, de los cuales el 59.8% presentaron síndrome de intestino irritable (SII). El subtipo más frecuente fue el de constipación (68.3%). La hipertensión fue la comorbilidad más común (10.6%) y la prevalencia de SII fue mayor en mujeres (65%). No hubo una relación significativa entre el índice de masa corporal y el SII, pero el SII con predominio de diarrea mostró una mayor prevalencia en hombres ( $p = 0.007$ ). **Conclusión:** La mayoría de los pacientes con obesidad presentaron síndrome de intestino irritable, con predominio en mujeres y posibles vínculos con comorbilidades metabólicas e inmunológicas. Aunque no hubo una asociación significativa con el nivel de obesidad, el sexo se asoció con el subtipo de diarrea.

**Palabras claves:** Síndrome de intestino irritable, obesidad, prevalencia, factores de riesgo, Hospital del Norte IESS Ceibos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional disorder of the large intestine characterized by abdominal pain and alterations in the defecatory habit without organic causes. Worldwide, it affects 11.5-12% of the population, with a higher prevalence in women. Risk factors include obesity, family history, sedentary lifestyle and toxic habits. The aim of this study is to estimate the prevalence of irritable bowel syndrome in obese patients aged 25-40 years treated at the Hospital General del Norte IESS Ceibos from 2021- 2023.

**Methodology:** This descriptive, retrospective, cross-sectional study is based on the review of electronic medical records of the AS400 system at the Hospital General del Norte IESS Ceibos. Patients with a diagnosis of irritable bowel syndrome and obesity were investigated between January 2021 and December 2023.

**Results:** The study included 311 patients with obesity, of whom 59.8% presented irritable bowel syndrome (IBS). The most frequent subtype was constipation (68.3%). Hypertension was the most common comorbidity (10.6%) and the prevalence of IBS was higher in women (65%). There was no significant relationship between body mass index and IBS, but diarrhea-predominant IBS showed a higher prevalence in men ( $p = 0.007$ ).

**Conclusion:** Most patients with obesity presented irritable bowel syndrome, with predominance in women and possible links with metabolic and immunologic comorbidities. Although there was no significant association with obesity level, sex was associated with diarrhea subtype.

**Key words:** Irritable bowel syndrome, obesity, prevalence, risk factors, Hospital del Norte IESS Ceibos.



## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) se define como una alteración funcional del intestino grueso acompañado de síntomas gastrointestinales, la cual se caracteriza por dolor abdominal y cambios en el hábito defecatorio sin causa orgánica, metabólica o neurológica evidente (1,2). Es la enfermedad más común por la cual consultan en el servicio de gastroenterología, posee una prevalencia a nivel mundial del 11.5% y 12%, con un predominio hacia el sexo femenino (3). La presencia de obesidad en una persona disminuye los movimientos intestinales y se podría alterar el tránsito intestinal, por lo tanto, podría estar asociado con el SII (2–4).

Existen diversos factores de riesgo para la aparición del SII, como los hábitos tóxicos, sedentarismo y antecedentes familiares. También se estudia que los familiares de primer grado de pacientes con SII tienen mayor probabilidad de desencadenar este trastorno, y en alto grado en primogénitos dicigóticos (4).

El síntoma más común de SII es el dolor abdominal, que puede ser de inicio súbito o recurrente con irradiación o localización referida, además se acompaña de distensión abdominal que cede con la defecación (5,6). También tiene subtipos, donde predomina la constipación y la diarrea; la constipación se caracteriza por presentar deposiciones fisiológicas con dificultad, de consistencia dura, lo que conlleva a realizar un esfuerzo excesivo y dolor abdominal para su evacuación (6,7). En la diarrea existe un aumento en el número de deposiciones mayor de 5 al día y cambio en la consistencia de las heces. Se debe recalcar que este síntoma no está asociado con alza térmica ni rectorragia, pero puede aparecer mucorrea (6–8). El SII es una enfermedad con gran repercusión en la calidad de vida de los afectados, la cual es significativamente menor que la de quienes no lo padecen o presentan otras enfermedades gastrointestinales (8).

## **CAPITULO I**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El síndrome de intestino irritable (SII) se caracteriza por afectar de forma crónica al sistema gastrointestinal, cuya incidencia aumenta cada año a nivel mundial por los diferentes factores concomitantes (2,3). La principal presentación de este síndrome es el dolor abdominal recurrente, cambios en los hábitos intestinales y otros síntomas acompañantes, que engloba un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Algunos estudios han demostrado una asociación entre el SII y la obesidad en pacientes en grupos etarios determinados, sigue siendo un área poco explorada (3,4).

La obesidad según la OMS constituye un problema de salud pública que va en aumento, de manera particular en adultos jóvenes (4). Esta patología que ha sido infravalorada, a tal punto que no se la diagnostica ni se brinda las herramientas terapéuticas para tratarla, se ha relacionado con el desarrollo del SII. Estas dos condiciones comparten el origen de una disbiosis intestinal, cuyos mecanismos no están claros pero que influyen en la progresión y aumento de síntomas.

En el área de consulta externa y hospitalización del Hospital General del Norte IESS Ceibos, se reciben diariamente pacientes con obesidad y síndrome de intestino irritable, es indispensable poder investigar la prevalencia de este síndrome en estos pacientes, para guiar futuras estrategias de prevención y tratamiento. Además, el poder identificar esta posible relación, aportará mayor evidencia sobre la importancia del manejo interdisciplinario.

### **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Estimar la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de entre 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023.

#### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Caracterizar sociodemográficamente a los pacientes con síndrome de intestino irritable con obesidad de 25 a 40 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023.
- Clasificar según el tipo de presentación del síndrome de intestino irritable a los pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023.
- Asociar el índice de masa corporal (IMC) y la presencia de síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021 al 2023.

### **1.4. JUSTIFICACION**

La prevalencia del síndrome de intestino irritable tiene gran impacto a nivel mundial, ya que se considera la principal causa de consulta médica, con manifestaciones clínicas exacerbadas. El SII ha ido incrementando en los últimos años, es por ello que, su diagnóstico precoz mediante el cuadro clínico es fundamental para brindar un manejo adecuado (3-6). Con el estudio de prevalencia en la población seleccionada, que son las personas con diagnóstico de obesidad, podremos tener una aproximación en número del impacto del SII en estos pacientes, ya que en la actualidad no hay datos suficientes en nuestro país (2-5). La relación de la disbiosis intestinal en la obesidad es ampliamente conocida, y dentro de las consecuencias de estas alteraciones surgen las patologías gastrointestinales como el SII (9). Los resultados del estudio entonces

aportan de manera significativa a poder establecer un rol de estos dos fenómenos intestinales y su relación.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. GENERALIDADES DE LA OBESIDAD**

##### **2.1.1. DEFINICIÓN**

Según la OMS, se puede definir a la obesidad junto con el sobrepeso como la acumulación excesiva y anormal de grasa que puede ser perjudicial para la salud donde puede verse afectado muchos órganos y pueden desarrollarse varias complicaciones a lo largo del tiempo (9). Así mismo la OMS, acuñó el término “globesidad” al referirse a la tendencia de la obesidad a nivel global la cual cada vez se ha visto en aumento, es también considerada una pandemia. (10). Es considerado uno de los principales problemas de salud pública en la actualidad, ya se lo puede tratar como una entidad independiente o como factor de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y HTA, enfermedades musculoesqueléticas, dislipidemias y neoplasias, entre otras (11).

##### **Índice de Masa Corporal (IMC) – Uso**

El índice de masa corporal constituye una medida de categorización de la obesidad para pacientes con sobrepeso. Este dato se calcula a partir de la división del peso de la persona, expresado en kilogramos, con el cuadrado de su altura, en metros, obteniendo así un resultado en kg/m<sup>2</sup>. A pesar de su utilidad para categorizar a los pacientes con sobrepeso, el índice no distingue entre masa muscular y grasa, lo que lo convierte en una herramienta inexacta en ciertas circunstancias (10).

##### **2.1.2. ANTECEDENTES Y EPIDEMIOLOGIA**

Las cifras de obesidad según la estadística de la OMS, se ha triplicado en los últimos 50 años, siendo los niños y adultos la población más afectada. Tan solo en el año 2016 se pudo detectar 650 millones de personas mayor a 18 años y 41 millones de niños con obesidad, la cual, desde esta precoz etapa, estas personas van a tener una mala calidad de vida debido a los malos hábitos alimenticios y factores externos (10).

Afecta tanto a hombres como mujeres de todas las edades y grupos sociales con una prevalencia del 13% en los adultos en el año 2016, según un estudio realizado por la ONU. En Sudamérica la prevalencia de obesidad en adultos aumentó un 23%. La obesidad en mujeres adultas aumentó de 69 millones en 1975 a 390 millones en el 2016 y en hombres aumentó de 31 millones a 281 millones. El mayor porcentaje de mujeres obesas fue en República Dominicana con un 35,4% y México con un 34%, seguidos de Chile, Uruguay y Cuba (10,12).

En Ecuador, la prevalencia de mujeres obesas fue de un 25,6% y en hombres de 15%, siendo ubicado en el puesto 15 de 20 dentro de los países latinoamericanos. A nivel mundial, nuestro país ocupa el puesto 115 de 200 países en prevalencia de obesidad poblacional. En el año 2021, la OMS estimó la prevalencia general de obesidad en el Ecuador siendo ésta de 19,4%: dividiéndose en mujeres con un 24,2% y hombres con 14,9%. Es importante destacar que la obesidad infantil también está aumentando de manera considerable, ya que se observó que los niños llegan a la edad escolar con obesidad y sobrepeso con un 30% y cuando entran a la adolescencia con un 26% (12,13).

Durante el año 2018 en Ecuador se llevó a cabo un estudio denominado STEPS, encuesta basada en la prevalencia de los factores de riesgo en nuestra sociedad, una de las preguntas encuestadas era acerca del sobrepeso y la obesidad, obteniéndose los siguientes resultados: dos tercios de los adultos (63,6%) tienen sobrepeso u obesidad, lo que significa que tienen un índice de masa corporal (IMC) de 25 kg/m<sup>2</sup> o más. El 25,7% de los adultos son obesos. El problema es más común entre las mujeres: el 67,4% de ellas tienen sobrepeso o son obesas, frente al 59,7% de los hombres. En particular, en lo que respecta a la obesidad, el 30,9% de las mujeres lo son frente al 20,3% de los hombres. Es alarmante que ocho de cada 10 mujeres de entre 45 y 69 años tengan sobrepeso o sean obesas (38).

En cuanto a las provincias de la sierra ecuatoriana, tales como las provincias de Carchi, Imbabura, Pichincha, Sto. Domingo, Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Cañar, Azuay y Loja se han observado diferentes prevalencias de sobrepeso

y obesidad en adultos jóvenes. A modo de ejemplo, en Riobamba, un 27% de los adultos jóvenes padece estas condiciones, mientras que, en Quito, la cifra es del 17%. Estos datos reflejan variaciones importantes entre diferentes regiones, lo que resalta la necesidad de estrategias de salud pública adaptadas a las características específicas de cada localidad (39).

En el caso de la obesidad infantil según las últimas investigaciones, una alta proporción de niños en edad escolar tienen sobrepeso u obesidad, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes y problemas cardiovasculares en el futuro. Este fenómeno está asociado a malos hábitos alimentarios y baja actividad física, especialmente en las zonas urbanas (39).

### **2.1.3. ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO**

- **Factores genéticos**

La obesidad es una condición bastante complicada que no se desarrolla de la noche a la mañana. Se debe a una mezcla de factores genéticos, ambientales y de comportamiento. Para empezar, la genética tiene un papel importante en que alguien sea más propenso a ser obeso. Investigaciones recientes han encontrado muchos genes que influyen en el apetito, el metabolismo y cómo el cuerpo almacena grasa (14-16).

- **Factores ambientales**

Hoy en día, con el consumo excesivo de alimentos ricos en calorías y el estilo de vida sedentario de la mayoría de las personas, la tasa de obesidad está aumentando rápidamente porque la mayoría de las personas comen en exceso alimentos ricos en calorías y llevan estilos de vida sedentarios. Durante la última década, los alimentos rápidos y procesados con alto contenido de azúcar y grasa se han vuelto fáciles de conseguir y, lo que es más importante, baratos de consumir, lo que ha llevado a un consumo excesivo. Al mismo tiempo, el ritmo de urbanización está haciendo exactamente lo contrario, negando a la mayoría de la población atendida oportunidades de llevar un estilo de vida físico activo. Como resultado, a menudo se pierde mucho tiempo libre (14-16).

- **Factores psicológicos**

Del mismo modo, el estrés, la ansiedad y la depresión pueden afectar nuestros hábitos alimentarios y niveles de actividad física, lo que aumenta el riesgo de tener sobrepeso. En muchos casos, encontramos consuelo emocional en la comida, lo que hace que comamos en exceso. De manera similar, el vínculo entre la obesidad y la salud mental es recíproco: la obesidad y los trastornos de salud mental pueden interactuar para aumentar el riesgo de uno u otro (14- 16).

- **Factores socioeconómicos**

El nivel socioeconómico también afecta el riesgo de obesidad. Las personas con menos recursos tienen más probabilidades de volverse obesas debido a la mayor disponibilidad y menor costo de alimentos no saludables. Las normas culturales y sociales también desempeñan un papel importante, ya que en algunas culturas el exceso de peso puede interpretarse como un indicador de bienestar y salud y, por tanto, influir en los hábitos alimentarios y la percepción del peso (14-16).

- **Medios de comunicación**

Los medios y la publicidad desempeñan un papel crucial en la promoción de la comida chatarra. La exposición frecuente a anuncios de comida rápida y bebidas azucaradas puede influir en las decisiones dietéticas y fomentar el consumo de estos productos, especialmente entre niños y adolescentes, que tienen más probabilidades de estar expuestos a los anuncios (14-16).

**Tabla 1** Factores de riesgo de Obesidad

Categoría	Descripción
Genéticos	Genes del apetito/metabolismo
Ambientales	Comida calórica/sedentaria
Psicológicos	Estrés/ansiedad/depresión
Socioeconómicos	Comida barata no saludable



Conductuales	Mala dieta/poco ejercicio
Culturales	Normas sobre el peso
Biológicos	Hormonas/microbiota

#### 2.1.4. ETIOPATOGENIA

La obesidad es considerada como factor de riesgo independiente o como enfermedad crónica establecida que puede ser multifactorial y multicausal en la cual concluye como una alteración de la función del tejido adiposo ya sea de forma cualitativa o cuantitativa, además de tener una base inflamatoria la cual da lugar a patologías con vinculación a desórdenes metabólicos como el síndrome metabólico (17).

Las adipoquinas son las citoquinas emitidas por el tejido adiposo, estas juegan un rol muy importante en la base fisiopatológica de la obesidad, las más estudiadas actualmente son la leptina y la adiponectina, pero existen numerosas adipoquinas las cuales intervienen en este proceso. En condiciones normales, el tejido adiposo secreta la leptina la cual es una sustancia proinflamatoria y la adiponectina que cumple funciones antiinflamatorias; éstas dos funcionan como una red de señalización que comunican el tejido graso con todos los órganos cuya función es regular el metabolismo. Cuando un paciente tiene obesidad, hay una secreción alterada de estas dos sustancias. Aumenta la secreción sérica de la leptina la cual va a contribuir a la inflamación constante y vamos a encontrar disminución de la adiponectina. También intervienen otras sustancias como la infiltración de macrófagos, liberación de citocinas, liberación de ácidos grasos proinflamatorios que van a activar vías de estrés e interrumpen procesos metabólicos como la señalización de la insulina (17,18).

El exceso de la grasa visceral y su mala distribución de la misma está acompañado de alteraciones hormonales, inflamatorias y endoteliales lo cual va a inducir la activación de eventos fisiopatológicos que van a aumentar la presión arterial e incrementando el riesgo cardiovascular, son las siguientes (17):

1. Aumento de la resistencia a la insulina
2. Estimulación del sistema renina angiotensina aldosterona y del sistema nervioso central
3. Disfunción endotelial
4. Aumento de la retención de sodio

### **2.1.5. FISIOPATOLOGIA**

Al hablar de fisiopatología en la obesidad nos referimos a los mecanismos y procesos biológicos que resultan del exceso de grasa y como estos pueden llegar a afectar la salud. Estos mecanismos son:

#### **1. Regulación del apetito y energía**

La leptina y la grelina son dos hormonas importantes que ayudan a controlar el apetito y el gasto energético. La leptina es producida por las células grasas y normalmente le indica al cerebro que deje de comer. Pero en las personas obesas, el cerebro puede responder mal a esta señal, lo que les hace comer más. La grelina se produce en el estómago y aumenta el apetito. Las personas obesas pueden tener niveles más altos de grelina, lo que también puede provocar que coman en exceso (19,20).

#### **2. Inflamación crónica**

El exceso de grasa en el cuerpo libera sustancias que causan inflamación, una respuesta del sistema inmunológico que puede dañar el tejido sano si continúa. Esta inflamación crónica afecta a muchos órganos y sistemas del cuerpo y está relacionada con problemas como la resistencia a la insulina (19,20).

#### **3. Resistencia a la insulina**

La resistencia a la insulina significa que las células del cuerpo no utilizan insulina, una hormona que ayuda a controlar los niveles de azúcar en sangre. Cuando esto sucede, el cuerpo debe producir más insulina para controlar los

niveles de azúcar en sangre. Con el tiempo, esto puede provocar diabetes tipo 2 (19,20).

#### **4. Disfunción de la microbiota intestinal**

La microbiota intestinal se refiere a los billones de microorganismos que viven en nuestros intestinos. En las personas obesas, la composición de estos microorganismos puede estar desequilibrada, lo que a su vez afecta la digestión y el metabolismo de los alimentos, provocando un aumento de peso (19,20).

#### **5. Cambios metabólicos**

La obesidad provoca cambios en el metabolismo, que es la forma en que el cuerpo procesa los alimentos para obtener energía. Estos cambios incluyen niveles anormales de grasa en la sangre (dislipidemia), presión arterial alta (hipertensión) y problemas con el procesamiento de carbohidratos (19,20).

#### **6. Impacto en el sistema cardiovascular**

El exceso de grasa y la inflamación crónica pueden dañar el corazón y los vasos sanguíneos. Aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas como presión arterial alta, enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares (19,20).

#### **7. Efectos en el sistema respiratorio**

La obesidad también puede afectar la respiración. Una afección común es la apnea del sueño, en la que la respiración se detiene y se reanuda repetidamente durante el sueño, lo que puede causar problemas graves si no se trata (19,20).

#### **2.1.6. DIAGNOSTICO**

El diagnóstico de la obesidad se lo puede realizar a través del IMC. Este es el resultado que existe entre la talla y peso de la persona; el resultado define la masa corporal clasificándolos en delgadez, normopeso, sobrepeso y obesidad. El índice de masa corporal (IMC) juega un papel muy importante en

este contexto ya que nos permite clasificar a la persona según la relación que hay entre el peso y la talla en normal, sobrepeso y obesidad. Posee una alta sensibilidad correspondiente al 95% -100%, pero una especificidad del 55% ya que a través de esta última no se puede diferenciar entre el tejido graso y no graso y proporción de masa magra; pero a nivel mundial se continúa utilizando esta técnica de medición gracias a la fácil aplicabilidad y bajo costo (11). Si el IMC se encuentra entre 25 – 29,9% kg/m<sup>2</sup> se considera sobrepeso; para considerar a una persona con obesidad según el IMC, tiene que ser mayor a 30 kg/m<sup>2</sup> (21).

**Tabla 2** Índice de Masa Corporal (IMC)

<b>Peso insuficiente:</b> <18,5 kg/m <sup>2</sup>
<b>Peso normal:</b> ≥18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup>
<b>Sobrepeso:</b> ≥25,0 a 29,9 kg/m <sup>2</sup>
<b>Obesidad</b> ≥30 kg/m <sup>2</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Clase I:</b> 30,0 a 34,9 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• <b>Clase II:</b> 35,0 a 39,9 kg/m<sup>2</sup></li> <li>• <b>Clase III:</b> ≥40 kg/m<sup>2</sup> (también conocida como obesidad grave o extrema)</li> </ul>

Existen diversos estudios donde se puede comprobar que la obesidad también tiene que ver un componente genético y factores ambientales junto con biomarcadores que pueden ayudar en su diagnóstico. El gen más estudiado hasta la fecha es el FTO que se encuentra localizado en el cromosoma 16, este se encarga de controlar las conductas de alimentación, es decir la saciedad y la hiperfagia. Se ha demostrado que los polimorfismos de nucleótido único que pueden expresarse en este gen, las personas tienen mayor riesgo de tener obesidad ya que se encuentran asociados a mayor dificultad de generar saciedad (22,23).

A más de esto, resulta crucial realizar una correcta anamnesis en donde se va a entrevistar al paciente de una manera clínica, sobre todo preguntas relacionadas con la actividad física, el ejercicio, que realiza diariamente. También sería importante conocer si en algún momento el paciente ha querido

bajar de peso y que tratamientos ha llevado a cabo, sea este farmacológico o casero, teniendo mucho énfasis en el aspecto psicoemocional (32).

En la exploración física se debe tomar en cuenta el peso, la talla (el paciente debe estar ubicado en sentido vertical), el cálculo del índice de masa corporal, medir la presión arterial (el manguito del esfigmomanómetro debe ser adecuado para los pacientes obesos, para así evitar obtener medidas incorrectas), la medición de las circunferencias (paciente siempre de pie), pliegues cutáneos (32).

Otras valoraciones a tener en cuenta son los exámenes de laboratorio sobre todo el perfil lipídico y renal, y en caso de estar asociado a la parte hormonal, se deberá enviar estudios de las mismas como el perfil tiroideo, glándula suprarrenal, niveles de testosterona, etc. (32).

#### **2.1.7. CONDICIONES ASOCIADAS**

La obesidad está asociada a varias enfermedades que pueden afectar a la persona, estas enfermedades pueden ser leves en sintomatología, así como también graves, aumentando el riesgo de mortalidad. Dentro de las enfermedades cardiovasculares se puede nombrar a la hipertensión arterial, la enfermedad coronaria y la insuficiencia cardiaca (33).

En el caso de la diabetes tipo 2, la obesidad marca un rol fundamental, al ser uno de los factores de riesgo más frecuentes en esta enfermedad, debido a la resistencia de la insulina (33).

Entre las enfermedades respiratorias tenemos: la apnea del sueño ocasionando obstrucción del paso de aire mientras duerme, y el asma que en personas obesas pueden agravarse los síntomas y las crisis asmáticas se vuelven más repetitivas (33).

Entre las enfermedades gastrointestinales: el hígado graso no alcohólico en donde la obesidad puede causar inflamación y un daño hepático que pueden aumentar el riesgo de complicaciones sobre todo la cirrosis. Y las personas obesas que presentan reflujo gastroesofágico por la presión que se ejerce sobre el estómago (33).

Las enfermedades óseas son una de las más comunes, la osteoartritis causando un exceso de presión en ciertas articulaciones del cuerpo, la más afectada son las rodillas, que puede complicarse en una rotura de ligamentos. Los problemas reproductivos, sobre todo en las mujeres ocasionando síndrome de ovario poliquístico, provocando desequilibrios hormonales y una posible infertilidad por la afectación de la ovulación (33).

Los cambios en la microbiota intestinal pueden ser un vínculo entre la obesidad y el síndrome del intestino irritable (SII), ya que se han observado en ambas condiciones. El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) podría ser un mecanismo clave en la manifestación de los síntomas del SII en personas obesas (18,21). Aunque se ha demostrado que la dieta, especialmente las ricas en grasas, influye en la microbiota intestinal y puede contribuir a los síntomas del SII en pacientes obesos, los datos actuales no son suficientes para establecer una relación causal entre los cambios en la microbiota intestinal y los síntomas del SII en personas obesas (22). Al analizarla relación entre obesidad y SII, es importante considerar algunas limitaciones. La heterogeneidad en las poblaciones estudiadas, que incluyen tanto niños como adultos con diferentes definiciones de obesidad, puede afectar la generalización de los resultados. Además, la variabilidad en las medidas de obesidad utilizadas, así como en la evaluación de los síntomas del SII, puede influir en la interpretación de los hallazgos de los estudios revisados (17,21,22).

Entre otras enfermedades se puede mencionar a la hiperuricemia y gota, trastornos psicológicos, insuficiencia venosa en extremidades inferiores, afecciones cutáneas y tumores malignos.

#### **2.1.8. TRATAMIENTO**

El tratamiento inicial de la obesidad principalmente incluye cambios en los hábitos alimentarios, aumento del ejercicio físico y cambios en las rutinas cotidianas. En fracaso de lo expuesto antes y según el grado de obesidad, se puede tomar la opción de empezar una terapia farmacológica o cirugías bariátricas/metabólicas como última instancia en caso de fracaso (23).

La intervención integral en el estilo de vida es el pilar fundamental que rige las demás modificaciones o complementos para la reducción del peso de los pacientes. Existen diferentes tipos de modelos de intervención, entre ellos el que se ha desarrollado para la prevención de diabetes, en el cual destaca dos objetivos principales: pérdida mínima de peso del 7% mediante una dieta hipocalórica baja en grasas y mínimo 150 minutos de ejercicio a la semana. Se deben de utilizar varios componentes conductuales, individualizando a cada paciente, con estrategias y capacitaciones continuas (22,23).

Diversos tipos de dietas pueden llevar a una pérdida de peso moderada. Entre las opciones están las dietas equilibradas bajas en calorías, las bajas en grasas y calorías, las moderadas en grasas y bajas en calorías, las bajas en carbohidratos, y la dieta mediterránea. Estas dietas pueden seguirse de manera convencional o con restricción de tiempo (como en el ayuno intermitente). La adherencia a la dieta es un factor clave para la pérdida de peso, sin importar el tipo de dieta que se elija. Por lo tanto, es recomendable personalizar una dieta que disminuya la ingesta de energía por debajo del gasto energético, acorde a las preferencias individuales de los pacientes, en vez de enfocarse en la composición de macronutrientes de la dieta. Además, el asesoramiento dietético puede ayudar a facilitar la pérdida de peso, especialmente durante el primer año (10,17,22).

El ejercicio, aunque es menos efectivo que la restricción dietética para promover la pérdida de peso, incrementar el gasto de energía a través de la actividad física es un fuerte predictor para mantener la pérdida de peso. Además, la actividad física puede reducir la pérdida de masa magra (como el músculo) durante la fase de pérdida de peso activa (21). Se recomienda realizar actividad física durante aproximadamente 30 minutos o más, de cinco a siete días a la semana, para prevenir el aumento de peso y mejorar la salud cardiovascular. Existe un efecto dosis-respuesta en la relación entre la actividad física y la pérdida de peso; se requieren cantidades mucho mayores de ejercicio para lograr una pérdida de peso significativa en ausencia de una dieta con restricción calórica. Por lo tanto, para alcanzar la pérdida de peso deseada, se debe combinar una dieta con restricción calórica con una reducción del tiempo sedentario y un aumento de la actividad física, la cual

debe incrementarse gradualmente según la tolerancia. Se prefiere un programa multicomponente que incluya entrenamiento aeróbico y de resistencia. En las decisiones deben considerarse las condiciones médicas existentes, la edad y las preferencias de tipos de ejercicio (8,21,23).

### **Farmacológico**

La terapia con medicamentos suele ser un componente útil en el tratamiento de la obesidad. Se puede considerar para personas con un IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup>, o un IMC de 27 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> con comorbilidades relacionadas con el peso, que no han alcanzado los objetivos de pérdida de peso (al menos el 5% del peso corporal total) después de tres a seis meses de una intervención integral en el estilo de vida. La decisión de iniciar una terapia farmacológica debe individualizarse y tomarse tras una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios de todas las opciones de tratamiento (22,23).

La elección del medicamento para la obesidad depende de la eficacia y los efectos adversos del fármaco, las comorbilidades y preferencias del paciente, la cobertura del seguro y los costos de bolsillo. Para la mayoría de los pacientes, un medicamento basado en incretinas (por ejemplo, tirzepatida, semaglutida) es la opción preferida de primera línea. Otras opciones incluyen agonistas alternativos del receptor del péptido similar al glucagón 1 (GLP-1) (como liraglutida), fentermina-topiramato, naltrexona-bupropión, orlistat y fentermina (como agente único). Los detalles sobre la farmacoterapia para el tratamiento de la obesidad se revisan en otra parte (23-25).

Por ello, el tratamiento médico de la obesidad debe complementarse con una dieta saludable y ejercicio físico regular. Estos medicamentos no curan de inmediato, por lo que sus efectos pueden variar de una persona a otra. También es fundamental que este medicamento sea recetado y controlado por un médico para controlar cualquier efecto secundario y garantizar que el tratamiento esté funcionando correctamente (23).



**Tabla 3** Tratamiento farmacológico de la obesidad (40)

<b>Medicamento</b>	<b>Mecanismo de acción</b>	<b>Efectos secundarios comunes</b>	<b>Indicaciones</b>
<b>Orlistat</b>	Inhíbe la absorción de grasas en el intestino	Diarrea, flatulencia, dolor abdominal	Pacientes con IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> o $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> con comorbilidades
<b>Liraglutida</b>	Agonista del receptor GLP-1, reduce el apetito	Náuseas, vómitos, diarrea	Pacientes con IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> o $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> con comorbilidades
<b>Fetermina/Topiramato</b>	Supresor del apetito y aumento de la saciedad	Insomnio, boca seca, parestesias	Tratamiento a corto plazo para la pérdida de peso
<b>Naltrexona/Bupropión</b>	Actúa sobre el sistema nervioso central para reducir el hambre y antojos	Náuseas, estreñimiento, mareos	Pacientes con IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> o $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> con comorbilidades
<b>Semaglutida</b>	Agonista del receptor GLP-1, similar a liraglutida	Náuseas, vómitos, diarrea	Pacientes con IMC $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> o $\geq 27$ kg/m <sup>2</sup> con comorbilidades

### 2.1.9. PREVENCIÓN

- **Dieta equilibrada**

Es crucial comer una dieta equilibrada rica en nutrientes para combatir la obesidad. Esto significa que se debe comer frutas, verduras, granos enteros,

proteínas magras y grasas saludables mientras se evita consumir alimentos ultraprocesados y azucarados (26).

- **Actividad física**

Hacer ejercicio regularmente es primordial para mantener un peso corporal sano. Se recomienda que los adultos realicen al menos 150 minutos de actividad física moderada todos los días. Es importante fomentar el ejercicio en las escuelas, lugares de trabajo y comunidades (26).

- **Políticas Públicas**

El gobierno puede ayudar a prevenir la obesidad mediante políticas. Esto implica controlar la publicidad de comidas chatarra, gravar las bebidas gasificadas con tasas impositivas y mejorar el acceso a alimentos saludables y áreas donde hacer ejercicios (26).

- **Educación y Concienciación**

Es muy importante educar a las personas sobre una nutrición saludable y el ejercicio desde temprana edad. En tal sentido, se pueden realizar programas educativos en las escuelas y campañas públicas para impulsar hábitos sanos (26).

- **Prevención en jóvenes**

Prevenir la obesidad de niños y adolescentes es fundamental para su futura salud. Esto incluye la promoción de la lactancia materna, vigilancia en el tema de mercado de alimentos destinado hacia los niños y crear entornos escolares sanos (26).

## **2.2. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

### **2.2.1. DEFINICIÓN**

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno crónico de la interacción entre el cerebro y el intestino, que se manifiesta con dolor abdominal

persistente y cambios en los hábitos intestinales sin la presencia de una enfermedad orgánica (22,23). Este dolor abdominal se caracteriza por ser recurrente, en promedio al menos un día por semana en los últimos tres meses, acompañado por dos o más de los siguientes síntomas: relacionado con la defecación, asociado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones o con un cambio en la forma (apariencia) de las heces (12,17).

### **2.2.2. EPIDEMIOLOGIA**

La prevalencia del síndrome del intestino irritable (SII) es aproximadamente del 10 al 15%, con variaciones significativas según la región geográfica. La prevalencia del SII es un 25% menor en personas mayores de 50 años en comparación con personas más jóvenes. En general, el SII es más prevalente en mujeres que en hombres. Además, las mujeres tienen más probabilidades de presentar SII con estreñimiento predominante en comparación con los hombres (6,7,23)

La epidemiología, incidencia y prevalencia del síndrome del intestino irritable (SII) son variables y dependen de la definición utilizada. Debido a que el síndrome del intestino irritable no presenta síntomas clínicos claros, es difícil obtener datos precisos y se desconoce su verdadera prevalencia. El rango es del 2,5% al 25% dependiendo del estándar utilizado. Roma IV tiene una prevalencia menor en comparación con Roma III. Además, varios estudios han encontrado que la prevalencia aumenta a medida que disminuyen los niveles de ingresos y se asocia con un mayor estrés social, desnutrición y problemas de salud. Por otro lado, las mujeres son más susceptibles que los hombres, aunque las razones no están claras (23).

### **2.2.3. FACTORES DE RIESGO**

- **Estrés y ansiedad**
  - El estrés y la ansiedad pueden aumentar el riesgo de síndrome del intestino irritable.
  - Las personas que experimentan mucho estrés, especialmente cuando son jóvenes, tienen más probabilidades de desarrollar síntomas del síndrome del intestino irritable (27,28).

- **Dieta**
  - Ciertos alimentos pueden causar síntomas del síndrome del intestino irritable en algunas personas.
  - Una dieta rica en grasas, azúcar y alimentos procesados puede contribuir al desarrollo (27,28).
- **Historial Familiar**
  - Si tiene un familiar con síndrome del intestino irritable, tiene un mayor riesgo de desarrollar el síndrome del intestino irritable. Esto puede deberse a factores genéticos o a hábitos alimentarios y de estilo de vida compartidos (27,28).
- **Infecciones gastrointestinales**
  - Es más probable que las infecciones gastrointestinales graves se conviertan más adelante en síndrome del intestino irritable (27,28).
- **Cambios en la microbiota intestinal**
  - Los microorganismos intestinales pueden influir en el desarrollo del síndrome del intestino irritable.
  - Un desequilibrio en el microbioma intestinal puede afectar la digestión y provocar síntomas del síndrome del intestino irritable (27,28).
- **Género**
  - Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir el síndrome del intestino irritable que los hombres.
  - La causa exacta no se conoce completamente, pero pueden estar involucrados factores hormonales (27,28).
- **Edad**
  - El SII es más común en personas menores de 50 años.
  - Los adolescentes y los adultos jóvenes tienen más probabilidades de contraer esta enfermedad (27,28).
- **Problemas psicológicos**
  - Las personas que padecen problemas psicológicos como depresión y ansiedad tienen mayor riesgo de desarrollar el SII.

- La relación entre la salud mental y el síndrome del intestino irritable es bidireccional y pueden influirse mutuamente (27,28).
- **Estilo de vida sedentario**
  - La falta de actividad física puede contribuir al desarrollo del síndrome del intestino irritable.
  - Un estilo de vida activo puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar esta enfermedad (27,28).

#### **2.2.4. ETIOPATOGENIA**

La etiopatogenia del síndrome de intestino irritable es multifactorial, en el cual interactúa: la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral, inflamación intestinal, postinfeccioso, sobrecrecimiento bacteriano y disfunción psicosocial:

- **Motilidad gastrointestinal:** Aunque los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII) han centrado la atención en la motilidad intestinal, no se ha identificado un patrón motor específico como marcador del SII. No obstante, algunos pacientes muestran anomalías motoras gastrointestinales, como contracciones lumbales irregulares, tiempo de tránsito prolongado en el SII con estreñimiento y una respuesta motora exagerada en el SII con diarrea. La estimulación farmacológica de la motilidad puede reducir los síntomas, sugiriendo una alteración motora subyacente en algunos casos (24,25).
- **Hipersensibilidad visceral:** La hipersensibilidad visceral, que es una mayor sensibilidad a los estímulos, es común en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII). Esta sensibilidad en el tracto gastrointestinal se debe a la estimulación de receptores en la pared intestinal, cuyas señales se transmiten al cerebro a través de vías neurales aferentes y la asta dorsal de la médula espinal (22-24).
- **Inflamación intestinal:** En pacientes con SII, se ha observado un aumento de linfocitos en el colón y el intestino delgado, así como una mayor infiltración en el plexo mientérico y degeneración neuronal. Estas células liberan mediadores que estimulan el sistema nervioso entérico, provocando respuestas anormales. También se ha

encontrado alta actividad de serina-proteasa en las heces de pacientes con SII predominante en diarrea, lo que aumenta la permeabilidad celular y el dolor visceral. Además, los pacientes con SII presentan más mastocitos en el íleon terminal, yeyuno y colón, correlacionados con el dolor abdominal, y niveles elevados de citocinas proinflamatorias, incluyendo interleucinas y factor de necrosis tumoral (22-25).

- Postinfeccioso: La conexión entre una enteritis infecciosa y el desarrollo del síndrome del intestino irritable (SII) se ha observado clínicamente, con pacientes reportando una enfermedad diarreica aguda antes de los síntomas del SII. El riesgo aumentado de SII después de una infección se vincula principalmente con infecciones bacterianas, protozoarias, helmínticas y virales (22-25).
- Sobrecrecimiento bacteriano: La sobreabundancia de bacterias en el intestino delgado (SIBO) se relaciona con un incremento en la cantidad y/o diversidad de bacterias en el tracto gastrointestinal (GI) superior. A pesar de esto, los datos sobre la posible relación entre el síndrome del intestino irritable (SII) y el SIBO han sido inconsistentes (22-25).
- Disfunción psicosocial: Los aspectos psicosociales pueden afectar la manifestación del síndrome del intestino irritable (SII). Además, se ha observado que los pacientes con SII tienen niveles más altos de ansiedad, depresión, fobias y somatización en comparación con los controles. Un estudio prospectivo demostró que los factores psicosociales, como la ansiedad, los problemas de sueño y los síntomas somáticos, son factores de riesgo independientes para el desarrollo del SII en una población sin diagnóstico previo de la enfermedad (22-25).

#### **2.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

El síndrome del intestino irritable (SII) se caracteriza por dolor abdominal crónico y cambios en los hábitos intestinales.

- El dolor abdominal en el SII se describe comúnmente como calambres de intensidad variable, ubicación y carácter fluctuantes. Puede aliviarse

o empeorar con la defecación, y factores como el estrés y la alimentación pueden influir en su intensidad. Los pacientes también experimentan hinchazón abdominal y aumento de la producción de gases.

- Los síntomas de los hábitos intestinales alterados incluyen diarrea, estreñimiento, alternancia entre ambos, o hábitos intestinales normales intercalados con diarrea y/o estreñimiento. Pueden ser impredecibles y afectar en gran manera la calidad de vida.
- La diarrea en el SII se caracteriza por deposiciones blandas y frecuentes, con calambres abdominales, urgencia y sensación de evacuación incompleta. Alrededor de la mitad de los pacientes experimentan secreción mucosa con las heces, pero la presencia de sangre, diarrea nocturna o heces grasosas no se asocian con el SII.
- El estreñimiento en el SII se manifiesta con heces duras y en forma de bolitas, y los pacientes pueden experimentar tenesmo incluso cuando el recto está vacío (17-23).
- Hinchazón y distensión abdominal: pueden causar mucha incomodidad y empeorar en el transcurso del día.
- Gases y flatulencias: Muy frecuentes en pacientes con esta enfermedad.

#### **2.2.6. DIAGNOSTICO**

Para diagnosticar el síndrome del intestino irritable (SII), se debe considerar en pacientes con dolor abdominal crónico y cambios en los hábitos intestinales, como estreñimiento y/o diarrea. El diagnóstico clínico del SII se basa en el cumplimiento de criterios de diagnóstico sintomáticos y una evaluación limitada para descartar enfermedades orgánicas subyacentes. Los criterios más utilizados son los de Roma IV, que requieren dolor abdominal recurrente asociado con síntomas como la relación con la defecación, cambios en la frecuencia de las deposiciones y cambios en la forma de las heces. Los subtipos de SII se determinan según los hábitos intestinales predominantes, evaluados con la escala de forma de las heces de Bristol. Estos subtipos sólo pueden identificarse con certeza cuando se evalúa al paciente sin la influencia de medicamentos que alteran los hábitos intestinales (23-26).

### **Criterios de Manning (29):**

1. Dolor abdominal que se alivia con la evacuación
2. Evacuaciones más frecuentes al inicio del dolor
3. Evacuaciones diarreicas al inicio del dolor
4. Distensión abdominal visible
5. Moco en la evacuación
6. Sensación de evacuación incompleta

### **Criterios de Roma (29):**

Dolor abdominal que ocurre al menos 3 veces al mes, acompañado de lo siguiente:

1. Mejoría del dolor con la defecación
2. El inicio del dolor se relaciona con cambio en la frecuencia de las evacuaciones
3. El inicio del dolor se vincula con cambio en la consistencia de las evacuaciones
4. Los síntomas deben empezar por lo menos seis meses antes del diagnóstico

Los tipos de síndrome del intestino irritable (SII) se han caracterizado de la siguiente manera:

- SII con predominio de estreñimiento (SII-E): los pacientes reportan que sus deposiciones anormales suelen ser estreñimiento.
- SII con predominio de diarrea (SII-D): los pacientes indican que sus deposiciones anormales son predominantemente diarrea.
- SII con hábitos intestinales mixtos (SII-M): los pacientes informan que sus deposiciones anormales son tanto estreñimiento como diarrea (más de una cuarta parte de todas las deposiciones anormales son estreñimiento y más de una cuarta parte son diarrea).
- SII no especificado: pacientes que cumplen con los criterios de diagnóstico del SII pero que no se pueden clasificar con precisión en ninguno de los otros tres subtipos (23-25).



Pruebas de laboratorio: no existe una prueba de laboratorio de diagnóstico definitiva para el SII. El objetivo de las pruebas de laboratorio es principalmente excluir un diagnóstico alternativo. En todos los pacientes con sospecha de SII, realizamos un hemograma completo.

En pacientes con diarrea, realizamos lo siguiente.

- Calprotectina fecal o lactoferrina fecal
- Prueba de heces para detectar giardia (detección de antígeno o ensayo de amplificación de ácido nucleico)
- Pruebas serológicas para la enfermedad celíaca.
- Niveles de proteína C reactiva, solo si no se pueden realizar calprotectina fecal y lactoferrina fecal (23,26).

#### **2.2.7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

El diagnóstico diferencial es necesario para identificar otros trastornos gastrointestinales que pueden presentarse con síntomas similares, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la enfermedad celíaca y el cáncer de colon. El síndrome del intestino irritable (SII) se diagnostica según los criterios de Roma IV, que analizan los síntomas del paciente y, si es necesario, excluyen otras enfermedades mediante pruebas adicionales (29). alguna de estas enfermedades es:

- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedad celíaca
- Intolerancia a la lactosa
- Cáncer de colon
- Infecciones gastrointestinales

#### **2.2.8. TRATAMIENTO**

De manera general el tratamiento del SII dependerá de la relación médico-paciente, del tipo de dieta y tratamiento farmacológico.

Porque es importante la relación-médico paciente en esta enfermedad, su importancia recae en las terapias psicológicas que se le recomiendan a los

pacientes, la comunicación efectiva donde el médico le explique la enfermedad que tiene, hacerle entender de la complejidad de la misma y que no hay una cura al 100%, tan solo tratamientos alternativos que causan un alivio en la sintomatología, explicar que esta enfermedad no es un cáncer, en todo momento hay que demostrar empatía y establecer expectativas reales, hay que relacionar su entorno familiar para dar el apoyo necesario en casa (30).

En la dieta, los pacientes deben mantener una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos fermentables y polioles, en otras palabras, dieta libre de carbohidratos, debido a que estos alimentos no logran absorberse correctamente en el intestino delgado, ocasionando una fermentación en el colón, que puede desencadenar la sintomatología mencionada anteriormente (30).

En el caso del tratamiento farmacológico, se va a aplicar siempre y cuando el paciente presente algún síntoma, y debe ser recomendado/recetado por un médico para la respectiva efectividad/seguridad (30).

- Para el dolor abdominal y espasmos: se recetan antiespasmódicos para ayudar a aliviar, por ejemplo: Hiosciamina, dicyclomina.
- Para la diarrea: antidiarreicos para reducir la frecuencia de las deposiciones: Loperamida, eluxadolina.
- Estreñimiento: Laxantes, como el polietilenglicol, linaclotida, lubiproston.
- Hinchazón y gases: Simeticona.
- Dolor, cuando es crónico y causa mucha molestia: Amitriptilina, nortriptilina.

### **2.2.9. COMPLICACIONES**

Entre las complicaciones, el SII puede afectar en la calidad de vida (31):

- Causando estrés, ansiedad y depresión.
- Pérdida de peso y malnutrición.

- Ausentismo en el trabajo, escuela o colegio, así como también un miedo a socializar.
- Hay pacientes que pueden presentar hemorroides por el estreñimiento crónico.
- Problemas al conciliar el sueño, por la constante fatiga, y el insomnio.

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGIA Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION**

Este estudio es de nivel descriptivo, retrospectivo, transversal y de tipo observacional. En el cual se obtendrán los datos a partir de la revisión de las historias clínicas electrónicas que reposan en el sistema operativo AS400, del Hospital General del Norte IESS Ceibos. Esta investigación fue realizada en pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable y de obesidad desde el 1 enero del 2021 al 31 de diciembre del 2023.

#### **3.2. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La recopilación de datos se obtuvo por medio de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que fue entregada por el departamento de estadística del Hospital General IESS Ceibos. Posteriormente, esta información fue clasificada según las variables de interés que fueron: sexo, edad, antecedentes patológicos personales, hábitos tóxicos, IMC, diagnóstico de síndrome de intestino irritable según los criterios de roma y subtipos de síndrome de intestino irritable, en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel.

##### **3.2.1. MANEJO ESTADISTICO DE LOS DATOS**

Los datos que se recolectaron en la base de datos en Microsoft Excel se ordenaron y se analizaron en el software estadístico de SPSS statistics 26.0, donde se obtuvieron las tablas de acuerdo con los objetivos de la investigación mientras que los gráficos se los creó por medio del programa mencionado. Se utilizó estadística descriptiva como media y desviación estándar para las variables cuantitativas y para las de tipo categóricas se expresaron mediante frecuencia y porcentajes. Además, se realizó una asociación de variables mediante la prueba de chi cuadrado, representando un resultado significativo cuando es  $p = < 0,05$ .

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. POBLACIÓN**

Se obtuvo una población de 2357 pacientes con los diagnósticos CIE-10 de E660, E668 y E669, correspondiente a “Obesidad”, de pacientes atendidos en el área de consulta externa y hospitalización del Hospital General del Norte IESS Ceibos del periodo 2021 al 2023.

#### **3.3.2. MUESTRA**

Se llevó a cabo un muestreo probabilístico con un intervalo de confianza del 95%, con un margen de error del 5%, resultando una muestra de 331 pacientes. De este total, se excluyeron 14 por no tener una historia clínica completa y 6 por tener patologías estructurales abdominales, con un resultado de 311 pacientes que ingresan al estudio.

#### **3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de 25 a 40 años.
- Diagnóstico establecido de síndrome de intestino irritable mediante los Criterios de Roma IV.
- Pacientes con diagnóstico de obesidad mediante la medición de parámetros antropométricos.

##### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con historia clínica incompleta.
- Pacientes con patología estructural abdominal conocida.

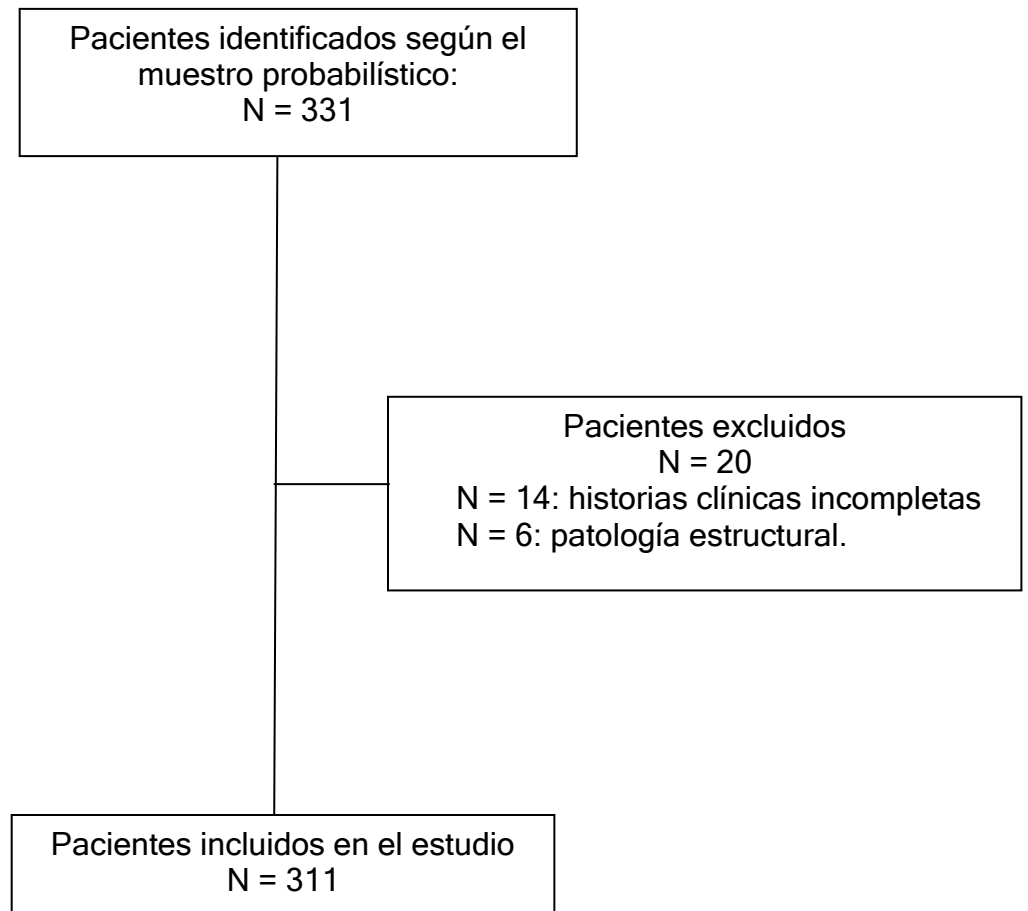
### **3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

<b>Variables</b>	<b>Indicador</b>	<b>Tipo</b>	<b>Resultado final</b>
Edad	Años	Cuantitativa discreta	Número de años

Sexo	Sexo biológico	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino / Femenino
Antecedentes patológicos personales	Comorbilidad	Cualitativa nominal	Diabetes, hipertensión arterial, enfermedad renal, etc
Hábitos tóxicos	Hábitos tóxicos	Cualitativa nominal	Alcohol Drogas Cigarrillo
Índice de Masa Corporal	Medida utilizada para evaluar si una persona tiene un peso saludable en relación con su altura	Cualitativa nominal	Peso deficiente Peso normal Sobrepeso Obesidad tipo 1 Obesidad tipo 2 Obesidad tipo 3
Diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable	Parámetros para diagnóstico de SII mediante Criterios de Roma IV	Cualitativa nominal dicotómica	Si / No
Subtipos de Síndrome de Intestino Irritable	Clasificación conforme a la clínica	Cualitativa nominal	SII con predominio de constipación / SII con predominio de diarrea / SII mixto

**SII:** Síndrome de Intestino Irritable

### 3.5 DIAGRAMA DE FLUJO



**Figura 1** Diagrama de flujo de selección de pacientes.

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADO Y DISCUSION

#### 4.1. RESULTADOS

El estudio incluyó un total de 311 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021 al 2023.

**Tabla 4** Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

<b>Síndrome de intestino irritable</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sí	186	59.8%
No	125	40.2%
<b>Total</b>	<b>311</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 4, se observa la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con diagnóstico de obesidad, donde esta patología se encuentra presente en 186 pacientes (59,8%) atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos durante el periodo 2021 al 2023.

**Tabla 5** Características demográficas de los pacientes con síndrome de intestino irritable con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Sexo</b>		
Femenino	202	65%
Masculino	109	35%
<b>Comorbilidades</b>		
Hipertensión	33	10.6%
Diabetes mellitus	9	2.9%



Fibromialgia	4	1.3%
Artritis Reumatoidea	6	1.9%
Enfermedad renal crónica	5	1.6%
Dislipidemia	27	8.7%
Gastritis	12	3.8%

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 5, se detalla las características demográficas de los pacientes con síndrome irritable y obesidad, en la cual se identifica que 202 pacientes eran mujeres (65%) y la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión en 33 pacientes (10,6%).

**Tabla 6** Clasificación de los subtipos del síndrome de intestino irritable con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

Subtipo de SII	Frecuencia	Porcentaje
Predominio de constipación	127	68.3%
Predominio de diarrea	44	23.7%
Mixto	15	8.0%
Total	186	100%

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 6, se muestra la clasificación según los subtipos de síndrome del intestino irritable que se encontró en la revisión de las historias clínicas, de los cuales, el de predominio de constipación fue el más frecuente en 127 pacientes (68,3%), seguido del subtipo de predominio de diarrea en 44 (23,7%).

**Tabla 7** Relación entre el IMC por grados y el síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

	Síndrome de Intestino Irritable		Total
	Si	No	

<b>IMC</b>	<b>Grado 1</b>	Fr	125	81	206
		%	60.7%	39.3%	100%
	<b>Grado 2</b>	Fr	59	43	102
		%	57.8%	42.2%	100%
	<b>Grado 3</b>	Fr	2	1	3
		%	66.7%	33.3%	100%
<b>Total</b>		Fr	186	125	311
		%	59.8%	40.2%	100%
<b>Prueba de <math>\chi^2</math>: p = 0,866</b>					

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 7, se observa la relación entre el índice de masa corporal y la presencia del síndrome de intestino irritable. El mayor número de pacientes con síndrome de intestino irritable corresponde a los que tenían un IMC en grado 1 (60,7%), seguido por aquellos con IMC de grado 2 (57,8%). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el IMC y la presencia de SII ( $p = 0,866$ ).

**Tabla 8** Relación entre el sexo con el de síndrome de intestino irritable con predominio diarrea en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

			<b>SII con diarrea</b>		<b>Total</b>
			<b>Si</b>	<b>No</b>	
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	Fr	20	182	202
		%	9,9%	90,1%	100%
	<b>Masculino</b>	Fr	17	92	109
		%	15,5%	84,4%	100%
<b>Total</b>		Fr	37	274	311
		%	59.8%	40.2%	100%
<b>Prueba de <math>\chi^2</math>: p = 0,007</b>					

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 8, se detalla la relación entre el sexo con el síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea, en el resultado que el 59,8% de los pacientes con SII presentan diarrea. La prevalencia es mayor en hombres (15,5%) que en mujeres (9,9%). La diferencia en la prevalencia entre sexos es estadísticamente significativa ( $p = 0,007$ ).

**Tabla 9** Relación entre el sexo con el de síndrome de intestino irritable con predominio constipación en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

			SII con constipación		Total
			Si	No	
Sexo	Femenino	Fr	84	118	202
		%	41,6%	58,4%	100%
	Masculino	Fr	43	66	109
		%	40,6%	59,4%	100%
Total		Fr	127	184	311
		%	40,8%	59,2%	100%
<b>Prueba de <math>\chi^2</math>: <math>p = 0,346</math></b>					

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 9, se observa la relación entre el sexo con el síndrome de intestino irritable con predominio de constipación. El 40,8% de los pacientes con SII presentan constipación. La prevalencia de constipación es similar entre mujeres (41,6%) y hombres (40,6%). No se observa una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de constipación entre sexos ( $p = 0,346$ ).

**Tabla 10** Relación entre el sexo con el síndrome de intestino irritable de predominio mixto en pacientes con obesidad atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos.

			SII mixto		Total
			Si	No	
Sexo	Femenino	Fr	12	190	202

		%	5,9%	94,1%	100%
	<b>Masculino</b>	Fr	3	106	109
		%	2,8%	97,2%	100%
<b>Total</b>		Fr	15	296	311
		%	4,8%	95,2%	100%
<b>Prueba de <math>\chi^2</math>: <math>p = 0,445</math></b>					

**Fuente:** Hospital General del Norte IESS Ceibos

**Elaborado por:** Danna Ávila y Genesis Caicedo.

En la tabla 10, se describe la relación entre el sexo y el SII de predominio mixto. El 4,8% de los pacientes con SII presentan un tipo mixto. La prevalencia de SII mixto es baja en ambos sexos, con el 5,9% de las mujeres y el 2,8% de los hombres afectados. No se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de SII mixto entre sexos ( $p = 0,445$ ).

## 4.2. DISCUSION

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con diagnóstico de obesidad. En nuestro estudio el 59,8% de los pacientes presentaron síndrome del intestino irritable, este hallazgo supera al de lam Andalib, et al (34) en su estudio en Estados Unidos con una población de 278 pacientes con obesidad, el 30% presentó síndrome de intestino irritable. Otro estudio realizado en Oslo por Aasbrenn M, et al (35), destaca que, entre su población de 139 pacientes con obesidad mórbida, la prevalencia del SII fue del 26%. Un porcentaje similar pero menor lo reporta Fysekidis M, et al (36), en el que el 18% de los 120 pacientes con obesidad tenían diagnóstico de síndrome de intestino irritable. Las diferencias entre los porcentajes de prevalencia entre los distintos estudios denotan las características propias de cada población, además de las disparidades entre el tamaño de la muestra.

El 65% de los pacientes eran mujeres, lo que se contrasta con el estudio de Andalib, I et al (34) y Aasbrenn M, et al (35), que identifican al sexo femenino como el más frecuente en esta población, en el 81% y 80% de los pacientes. En relación con las comorbilidades, en nuestros resultados la hipertensión arterial fue la más frecuente en un 10,6%, seguido por la diabetes en el 8.7%.

Esto difiere con lo expuesto por Aasbrenn M et al (35) en la que la diabetes fue la comorbilidad más común en el 25% y el 35% en el estudio de Andalib (34). Otra comorbilidad que cabe mencionar es la fibromialgia, presente en el 1,3% de nuestros pacientes, pero con mayor frecuencia en otros estudios llegando hasta un 19% de presentación conjunta. Estas patologías tienen una relación que se remonta a los factores ambientales, en las que desencadenan una serie de reacciones inflamatorias en el que el microbioma juega un rol fundamental.

El subtipo más frecuente de síndrome de intestino irritable fue el predominio de constipación en el 68,3% de los pacientes. Esto es consistente con lo que menciona Zeeshan, M et al (37) en su investigación con 300 pacientes, en el cual el SII de predominio de constipación alcanza un porcentaje del 63%. Esto es contrario a lo expresado por Aasbrenn M, et al, en el que el SII mixto fue el más frecuente en un 65% y el SII con predominio de constipación fue el segundo más común con el 18%.

En nuestra población, no hubo una asociación significativa entre los grados de obesidad y el síndrome de intestino irritable ( $p = 0,866$ ). Este hallazgo es respaldado por Andalib, I, quien también encontró una falta de asociación significativa. Sin embargo, esto contrasta con el estudio de Aasbrenn M et al, que reportó una asociación altamente significativa entre estas dos entidades ( $p = <0,001$ ). Estas discrepancias pueden deberse a los diferentes grados de IMC medidos y a la distribución de la frecuencia del SII, que varía según la cantidad de pacientes estudiados. En cuanto al sexo y los subtipos del síndrome de intestino irritable, se observó una asociación estadísticamente significativa con el subtipo de predominio de diarrea ( $p = 0,007$ ). Este resultado es consistente con el estudio de Aasbrenn M et al. (35), que reportó una asociación entre el sexo y los subtipos del SII en un grupo de control, aunque esta asociación no se mantuvo tras el ajuste multicéntrico. Esto sugiere que la relación entre sexo y subtipos del SII podría variar y debe investigarse más a fondo en poblaciones más grandes y homogéneas.

Nuestro estudio revela una alta frecuencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad. Aunque no se encontró una asociación

estadísticamente significativa, es importante considerar las diversas variables que sugieren la necesidad de estudios futuros para validar estos resultados. Una de las limitaciones de nuestra investigación fue su diseño retrospectivo, lo que impidió realizar un seguimiento prolongado de los pacientes. Además, al tratarse de una medición transversal, el IMC se evaluó en una sola ocasión, lo que podría no reflejar cambios a lo largo del tiempo.

## **CAPITULO V**

### **5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. CONCLUSIONES**

- El 59,8% de los pacientes con obesidad presentaron síndrome del intestino irritable, determinando una alta prevalencia entre estas dos patologías según lo descrito en la literatura.
- El predominio del sexo femenino, junto con las comorbilidades metabólicas e inmunológicas que acompañaron la presentación del síndrome del intestino irritable en pacientes con obesidad, describe un proceso inflamatorio subyacente.
- A pesar de que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de obesidad y el síndrome del intestino irritable, es crucial el rol de los factores ambientales y el tamaño de la población de estudio para generalizar los resultados del estudio.
- El sexo se asoció con el subtipo de síndrome de intestino irritable con predominio de diarrea. Sin embargo, esta asociación debe ser reevaluada en función de las características específicas de la población estudiada.

#### **5.2. RECOMENDACIONES**

- Se deben de realizar estudios prospectivos y multicéntricos en los cuales se dé un seguimiento a los pacientes para observar la evolución del IMC y su relación con el desarrollo del síndrome de intestino irritable.
- La obesidad es un factor de riesgo para otros múltiples trastornos, y a nivel funcional se debe de reevaluar el papel del síndrome de intestino irritable como parte del abordaje en estos pacientes.

## Referencias

1. Sebastián Domingo JJ. Irritable bowel syndrome. *Med Clin (Barc)*. el 21 de enero de 2022;158(2):76–81.
2. Masuy I, Pannemans J, Tack J. Irritable bowel syndrome: diagnosis and management. *Minerva Gastroenterol Dietol*. junio de 2020;66(2):136–50.
3. R WO, P LO, F HM. Síndrome de intestino irritable (SII): Nuevos conceptos en 2023. *Medicina*. el 17 de noviembre de 2022;44(3):347–71.
4. Sebastián Domingo JJ. Síndrome del intestino irritable. *Med Clin (Barc)*. el 21 de enero de 2022;158(2):76–81.
5. Verdugo Y, Márquez A. Síndrome del intestino irritable: una revisión narrativa. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*. 637742592000000000;4(4):71–83.
6. Hernández M, Ángel M. Síndrome de intestino irritable y la presencia de eventos críticos (Escala de Holmes). febrero de 2020 [citado el 3 de febrero de 2024]; Disponible en: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3550900>
7. Canakis A, Haroon M, Weber HC. Irritable bowel syndrome and gut microbiota. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. febrero de 2020;27(1):28–35.
8. Obesidad [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/obesity>
9. Méndez Delgado AV, Cuevas Quintero JL, Martínez Gómez F, Méndez Delgado AV, Cuevas Quintero JL, Martínez Gómez F. La globesidad: un análisis espacio-temporal, 1980-2015. *Economía, sociedad y territorio*. agosto de 2023;23(72):661–89.
10. Cortez EAG, Ríos E del SG, Reyes EL. Definición de obesidad: más allá del índice de masa corporal. *Revista Médica Vallejana / Vallejian Medical Journal*. el 29 de marzo de 2020;9(1):61–4.
11. Mora-Verdugo M, Duque-Proañó G, Villagran F, Otzen T, Mora-Verdugo M, Duque-Proañó G, et al. Análisis de la Tendencia de la



- Obesidad General en Ecuador en los años 2014 a 2016. *International Journal of Morphology*. 2022;40(5):1268–75.
12. Salud se suma al Día Mundial Contra la Obesidad con acciones de prevención – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado el 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/salud-se-suma-al-dia-mundial-contra-la-obesidad-con-acciones-de-prevencion/>
  13. Suárez-Carmona W, Sánchez-Oliver AJ, González-Jurado JA, Suárez-Carmona W, Sánchez-Oliver AJ, González-Jurado JA. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Revista chilena de nutrición*. 2017;44(3):226–33.
  14. Aguilera Constanza, Labbé Tomás, Busquets Javiera, Venegas Pía, Neira Carolina, Valenzuela Álex. Obesidad: ¿Factor de riesgo o enfermedad? *Rev. méd. Chile*. 2019 Abr; 147(4): 470-474
  15. Kaufer-Horwitz M, Pérez Hernández JF. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina*. 2022 abr;10(26):147-75.
  16. Salazar Blandón Diego Alejandro, Alzate Yepes Teresita, Múnera Gaviria Hugo Alberto, Pastor Durango María del Pilar. Sobrepeso, obesidad y factores de riesgo: un modelo explicativo para estudiantes de Nutrición y Dietética de una universidad pública de Medellín, Colombia. *Perspect Nut Hum*. 2020 June; 22(1): 47-59.
  17. Suárez CMV, Benavides NJR, Sarmiento CJH, Ayala JAG. Obesidad: fisiopatología y tratamiento. Revisión de la literatura. *Médicas UIS*. el 21 de noviembre de 2023;36(3):89–104.
  18. Quiroga-Torres E, Delgado-López V, Ramos-Padilla P, Quiroga-Torres E, Delgado-López V, Ramos-Padilla P. Valor diagnóstico de indicadores antropométricos para sobrepeso y obesidad. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*. marzo de 2022;72(1):23–30.
  19. Velasco-Suárez CM, Rueda-Benavides NJ, Hernández-Sarmiento CJ, Gómez-Ayala JA. Obesidad: fisiopatología y tratamiento. Revisión de la literatura. *MÉD. UIS*. 2023;36(3):89-104. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v36n3-2023008>
  20. Martínez Sánchez LM, Pérez S. Obesidad: Mecanismos, fisiopatología y tratamiento integral. *CS [Internet]*. 14 de febrero de 2022 [citado 28 de julio de 2024];6(1): Pág.71-80.

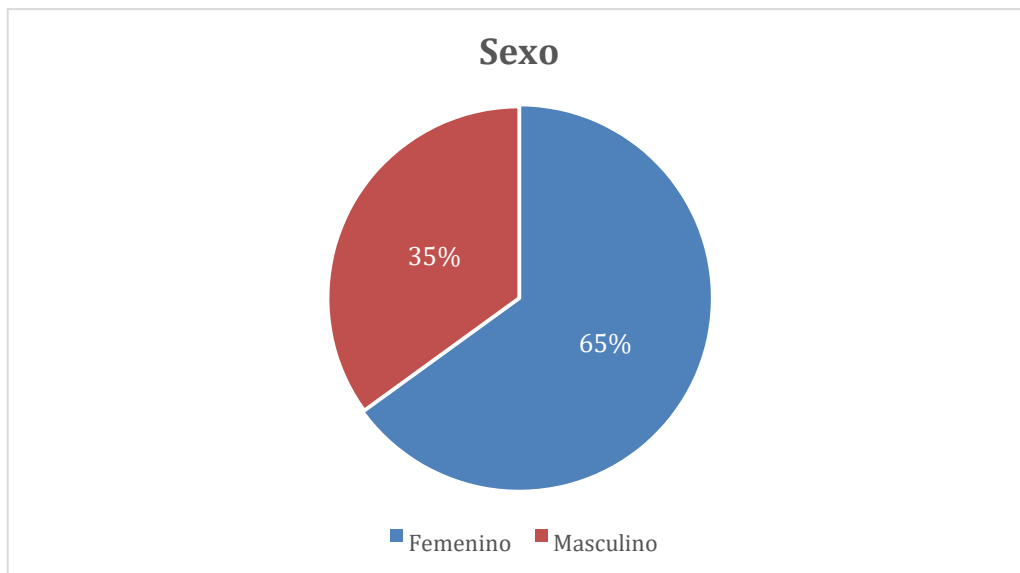
21. Morales NTN, Sánchez GPV. Obesidad: genética y biomarcadores diagnósticos. *Salud, Ciencia y Tecnología*. el 15 de julio de 2023; 3:435–435.
22. Talley NJ, Howell S, Poulton R. Obesity and chronic gastrointestinal tract symptoms in young adults: a birth cohort study. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(9):1807-14.
23. Sperber AD, Carmel S, Atzmon Y, Weisberg I, Shalit Y, Neumann L, et al. Use of the Functional Bowel Disorder Severity Index (FBDSI) in a study of patients with the irritable bowel syndrome and fibromyalgia. *Am J Gastroenterol*. 2000;95(4):995-8.
24. Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA*. 2012;307(5):491-7.
25. El-Salhy M, Gundersen D, Hatlebakk JG, Hausken T. High levels of chromogranin A in the duodenum of patients with irritable bowel syndrome indicate an organic disease? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2012;132(4):404-7.
26. Callau de la Parte M, Figueras Pérez A, Romeu Ferran M. Una visión actual del tratamiento farmacológico para la obesidad. *Revista española de nutrición comunitaria = Spanish journal of community nutrition*. 2022;28(4):12.
27. Marquez Ibarra AA, Verdugo Y. Síndrome del intestino irritable: una revisión narrativa. *Rev. Nutr. Clin. Metab.* [Internet]. 8 de septiembre de 2021 [citado 28 de julio de 2024];4(4):71-83.
28. Mendoza LG, Becerra TEC. Síndrome de intestino irritable: un enfoque integral. *Aten Fam*. 2020;27(3):150-154.
29. Escobar Cacuango TG, Romo López ÁG. Diagnóstico y manejo integral del síndrome de intestino irritable. *Polo del Conocimiento: Revista científica - profesional*. 2023 jul;8(7):923-943.
30. Bustos-Fernández LM, Hanna-Jairala I. Tratamiento actual del síndrome de intestino irritable. Una nueva visión basada en la experiencia y la evidencia. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2019;49(4):381-393.

31. Fragoso Arbelo Trini, Milán Pavón Rebeca. El síndrome de intestino irritable como causa de dolor abdominal crónico. *Rev Cubana Pediatr.* 2018 Sep; 90(3): 1-18.
32. Kaufer-Horwitz M, Pérez Hernández JF. La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina.* 2022 abr;10(26):147-75.
33. Reynoso Vázquez J, Carrillo Ramírez J, Algarín Rojas L, Camacho Romero O, Ruvalcaba Ledezma JC. La obesidad y su asociación con otras de las enfermedades crónicas no transmisibles. *JONNPR.* 2018;3(8):627-642. DOI:10.19230/jonnpr.2520.
34. Andalib, I., Hsueh, W., Shope, T. R., Brebbia, J. S., & Koch, T. R. Prevalence of irritable bowel syndrome in morbidly obese individuals seeking bariatric surgery;2018.
35. Aasbrenn M, Høgestøl I, Eribe I, Kristinsson J, Lydersen S, Mala T, Farup PG. Prevalence and predictors of irritable bowel syndrome in patients with morbid obesity: a cross-sectional study. *BMC Obes.* 2017 Jun 29;4:22. doi: 10.1186/s40608-017-0159-z.
36. Fysekidis M, Bouchoucha M, Bihan H, Reach G, Benamouzig R, Catheline JM. Prevalence and co-occurrence of upper and lower functional gastrointestinal symptoms in patients eligible for bariatric surgery. *Obes Surg.* 2012 Mar;22(3):403-10. doi: 10.1007/s11695-011-0396-z.
37. Zeeshan, M. H., Vakkalagadda, N. P., Sree, G. S., kishore Anne, K., Parkash, O., Fawwad, S. B. U., & Hasan, M. (2022). Irritable bowel syndrome in adults: Prevalence and risk factors. *Annals of Medicine and Surgery*, 81, 104408.
38. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Resumen Ejecutivo Encuesta STEPS. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2020 [citado el 27 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/RESUMEN-EJECUTIVO-ENCUESTA-STEPS-final.pdf>
39. Vinueza AF, Vallejo Andrade KC, Revelo Hidalgo KO, Yupa Pinos ML, Riofrío Martínez CF. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de la serranía ecuatoriana. Resultados de la encuesta ENSANUT- 2018. *Rev Med.* 2021;12(2).

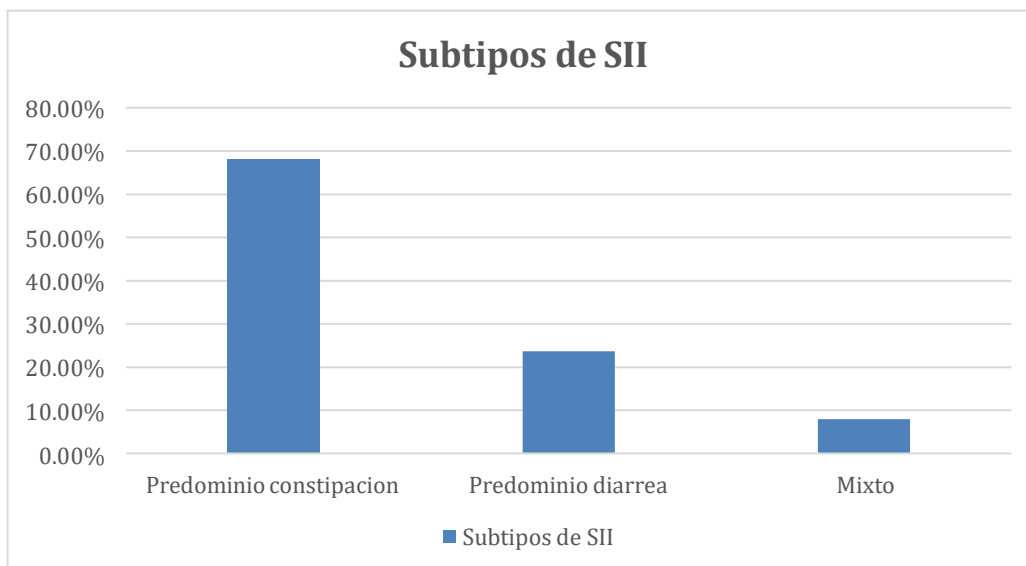
40. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, McDonnell ME, Murad MH, Pagotto U, et al. Pharmacological management of obesity: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015 Feb;100(2):342-62. doi: 10.1210/jc.2014-3415.

## ANEXOS

**Figura 2** Distribución del sexo en pacientes con síndrome de intestino irritable y obesidad.



**Figura 3** Distribución de subtipos de síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad.





Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Ávila Egas, Danna Valeria**, con C.C: #1313934661 y **Caicedo Caicedo, Génesis Angelina** con C.C: #0804582583 autoras del trabajo de titulación: **Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 03 de octubre del 2024**



Firmado electrónicamente por:  
**DANNA  
VALERIAAVILA  
EGAS**

f. \_\_\_\_\_

**Ávila Egas, Danna Valeria**  
C.C: 1313934661



Firmado electrónicamente por:  
**GENESIS  
ANGELINA  
CAICEDO CAICEDO**

f. \_\_\_\_\_

**Caicedo Caicedo, Génesis Angelina**  
C.C: 0804582583



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021-2023.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Ávila Egas, Danna Valeria Caicedo Caicedo, Génesis Angelina		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dr. Martin Delgado, Jimmy Daniel		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	03 de octubre del 2024	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	45
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Salud pública, Gastroenterología y Endocrinología.		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Síndrome de intestino irritable, obesidad, prevalencia, factores de riesgo, Hospital del Norte IESS Ceibos.		
<p>El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional del intestino grueso caracterizado por dolor abdominal y alteraciones en el hábito defecatorio sin causas orgánicas. A nivel mundial, afecta al 11.5-12% de la población, con mayor prevalencia en mujeres. Los factores de riesgo incluyen obesidad, antecedentes familiares, sedentarismo y hábitos tóxicos. El objetivo de este estudio es estimar la prevalencia del síndrome de intestino irritable en pacientes con obesidad de entre 25 a 40 años atendidos en el Hospital General del Norte IESS Ceibos del 2021 -2023. Metodología: Este estudio descriptivo, retrospectivo y transversal se basa en la revisión de historias clínicas electrónicas del sistema AS400 en el Hospital General del Norte IESS Ceibos. Se investigaron pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable y obesidad entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Resultados: El estudio incluyó 311 pacientes con obesidad, de los cuales el 59.8% presentaron síndrome de intestino irritable (SII). El subtipo más frecuente fue el de constipación (68.3%). La hipertensión fue la comorbilidad más común (10.6%) y la prevalencia de SII fue mayor en mujeres (65%). No hubo una relación significativa entre el índice de masa corporal y el SII, pero el SII con predominio de diarrea mostró una mayor prevalencia en hombres (<math>p = 0.007</math>). Conclusión: La mayoría de los pacientes con obesidad presentaron síndrome de intestino irritable, con predominio en mujeres y posibles vínculos con comorbilidades metabólicas e inmunológicas. Aunque no hubo una asociación significativa con el nivel de obesidad, el sexo se asoció con el subtipo de diarrea.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593982751493 +593983603196	<b>E-mail:</b> dannaavilaegas01@gmail.com genesiscaicedo02@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UIC):</b>	<b>Nombre:</b> Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	<b>Teléfono:</b> +593-982742221		
	<b>E-mail:</b> diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			