



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 16 de noviembre de 2021

Neurogastroenterología III

Mar174

FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA A LA TERAPIA DE BIOFEEDBACK

N. D. C. Fernández-Martínez, N. Pérez-y-López, D. A. Barraza-Ortiz, Hospital Juárez de México

Introducción: Los trastornos anorrectales son frecuentes y afectan al 10% a 20% de la población. La incontinencia fecal es una entidad devastadora que afecta al 2% a 17% de los adultos que viven en comunidad y al menos a la mitad de los residentes de asilos, mientras que los trastornos de la defecación en pacientes con estreñimiento pueden encontrarse en 20% a 80% de los pacientes. El tratamiento de retroalimentación se basa en el principio del condicionamiento operante o aprendizaje instrumental. Ha demostrado ser segura y eficaz en múltiples estudios y mostrado una mejoría clínica con disminución mayor de 50% de los episodios de incontinencia por semana de acuerdo con los criterios de Roma IV.

Objetivo: Determinar si existen factores relacionados con la respuesta de los pacientes sometidos a tratamiento de retroalimentación, incluidas las características basales de la población.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo realizado entre 2017 y mayo del 2021, en el que se incluyeron todos los informes de pacientes sometidos a retroalimentación; se dividieron

en dos grupos (respondedores y no respondedores) y se analizaron los factores relacionados con la respuesta de acuerdo con parámetros clínicos de mejoría (> 50%). Se utilizó estadística descriptiva; para la diferencia de proporciones se utilizó en variables no paramétricas χ^2 y en variables paramétricas t de Student. Se realizaron análisis de regresión logística binaria para identificar factores que podrían estar vinculados con la respuesta o falla al tratamiento. Se empleó el paquete estadístico SPSS v.22 y se consideró estadísticamente significativo valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes, con edad media de 52 años (DE 16.1), de los cuales 32 eran mujeres (86.5%). Del total de pacientes con estreñimiento ($n = 24$) mostró mejoría el 79.2% y de los individuos con incontinencia ($n = 13$) mejoró el 69.2% ($n = 9$). El éxito global del tratamiento de retroalimentación fue > 74% en ambos grupos (estreñimiento/incontinencia). Un factor relacionado con mejoría del estreñimiento fue la expulsión de balón luego del tratamiento con un OR de 34 (IC95%, 2.4-474.5; $p = 0.009$).

El factor vinculado con falla fue la puntualidad (acudir a las cinco sesiones cada dos semanas); los pacientes impuntuales tuvieron un OR para falla de 21.3 (IC95%, 1.7-263.6; $p = 0.017$). Véase la **Tabla 1**.

Conclusiones: En este estudio se demostró la importancia de la asistencia puntual a las sesiones del tratamiento como un factor importante para el éxito terapéutico. Otro factor importante fue lograr la expulsión del balón en los pacientes con diagnóstico de estreñimiento.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento.

Tabla 1. Factores relacionados con la respuesta a la retroalimentación. (Mar174)

| Factores relacionados con la respuesta al tratamiento en estreñimiento | | | | |
|---|----------------|----------------|---------------------|----------------|
| n = 24 | Éxito n (%) | Falla n (%) | Valor de p n (%) | RM (IC95%) |
| Edad (media) | 44.4 (19) | 55 (5) | 0.126 | |
| Sexo | F 18 | F 4 | 0.380 | |
| Comorbilidades | | | | |
| Ninguna | 15 (78.9%) | 1 (20%) | | |
| Multiparidad | 3 (15.8%) | 3 (60%) | | |
| Diabetes mellitus | 3 (15.8%) | - | | |
| Sin diabetes mellitus | 16 (84.2%) | 5 (15.8%) | | |
| Disinergia | | | | |
| Londres | | | | |
| Trastornos del reflejo rectoanal inhibitorio | - | - | | |
| Trastornos del tono anal y contractilidad, n = 21 | 16 (76.2) | 5 (23.8) | 0.510 | |
| Trastornos de la coordinación rectoanal, n = 23 | 18 (78.2) | 5 (21.7) | 0.343 | |
| Trastornos de la sensación rectal, n = 17 | 12 (70.5) | 5 (29.4) | 0.107 | |
| Puntual en sesiones | 16 (66.6) | 1 (4.1) | 0.014 | 21.3 (1.7-263) |
| Expulsión de balón postratamiento | 17 (70.8) | 1 (4.1) | 0.006 | 34 (2.4-474) |
| Factores relacionados con la respuesta al tratamiento en incontinencia fecal | | | | |
| n = 13 | Éxito n (%) | Falla n (%) | Valor de p n (%) | RM (IC95%) |
| Edad (media) | 65 (9) | 56.7 (4) | | |
| Sexo (femenino) | 9 (69.2) | 4 (30.7) | 0.14 | |
| Comorbilidades | | | | |
| Ninguna | 4 (30.7) | 3 (23) | 0.084 | |
| Multiparidad | 5 (38.4) | 0 | | |
| Radioterapia | 0 | 1 (7.6) | | |
| Diabetes mellitus | 4 (30.7) | 0 | 0.176 | |
| Sin diabetes mellitus | 5 (38.4) | 4 (30.7) | | |
| Tipo de incontinencia | | | | |
| Urgencia | 5 (38.4) | 1 (7.6) | 0.343 | |
| Pasiva | 4 (30.7) | 3 (23) | | |
| Escape en Valsalva | 6 (46.1) | 1 (7.6) | 0.217 | |
| Valsalva negativa | 3 (23) | 3 (23) | | |
| Sin disinergia | 7 (53.8) | 1 (7.6) | 0.068 | |
| Londres | | | | |
| Trastornos del reflejo rectoanal inhibitorio | - | - | | |
| Trastornos del tono anal y contractilidad, n = 13 | 9 (69.2) | 4 (30.7) | 0.332 | |
| Trastornos de la coordinación rectoanal, n = 9 | 5 (55.5) | 4 (44.4) | 0.050 | |
| Trastornos de la sensación rectal, n = 12 | 8 (66.6) | 4 (33.3) | 0.367 | |
| Puntual en sesiones | 6 (46.1) | 1 (7.6) | 0.152 | |
| Expulsión de balón postratamiento | 7 (53.8) | 0 | 0.021 | |
| Expulsión negativa | 2 (15.3) | 4 (30.7) | | |
| Uso de pañal previo | 8 (61.5) | 2 (15.3) | 0.203 | |
| Uso de pañal postratamiento | 8 (61.5) | 3 (23) | 0.583 | |

Mar175

EVALUACIÓN DE LOS PATRONES MANOMÉTRICOS DEL REFLEJO DE LA TOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA ANORRECTAL

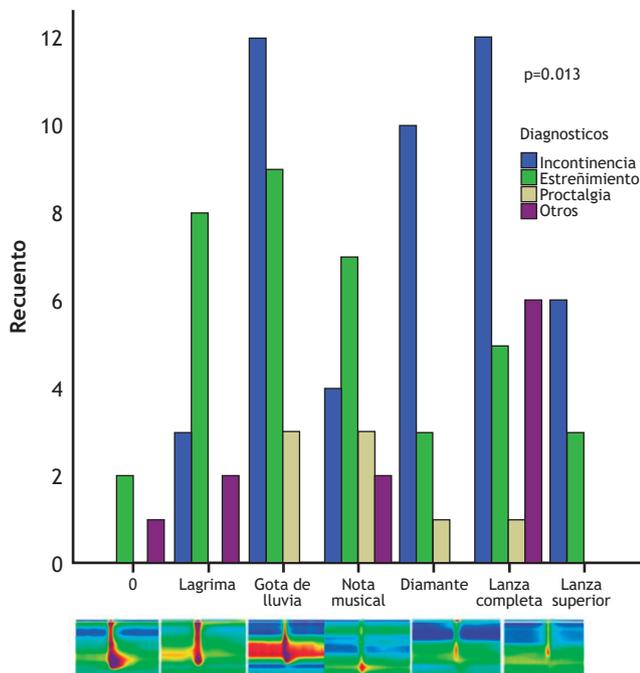
D. R. Menéndez-Morales, K. R. García-Zermeño, A. D. Cano-Contreras, M. Amieva-Balmori, E. C. Morel-Cerda, C. Durán-Rosas, M. G. Aja-Cadena, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El protocolo de Londres para la interpretación de los estudios de manometría anorrectal (MAR) incluye la medición de la presión basal en reposo y la presión durante la maniobra de contracción. La evaluación del reflejo de tos se efectúa de forma sistemática, pero sus implicaciones clínicas son inciertas. En fecha reciente, el grupo de Londres describió de forma cualitativa seis patrones morfológicos de respuesta diferente y cuantitativa a los cambios anorrectales durante el reflejo de la tos en controles sanos y pacientes con incontinencia fecal (IF). Los autores describen patrones únicos en los pacientes con IF y sugieren que esta novedosa evaluación puede mejorar el rendimiento diagnóstico de la MAR.

Objetivo: Determinar la morfología y los cambios de presión durante la maniobra de tos en un grupo consecutivo de pacientes que acudieron a la realización de MAR en un centro de referencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal realizado en el Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana en pacientes referidos para MAR de alta definición. Se incluyó a pacientes con trazos que cumplieran las siguientes características: métricas estandarizadas del protocolo de Londres, contar con al menos un reflejo de tos, y patrón de presiones rectal y anal identificable. Se excluyeron trazos con artefactos que afectaran la calidad del registro manométrico y dos observadores analizaron cada estudio. Para el análisis cualitativo de la morfología de la tos se tomó una ventana de 15 s en una escala de presión de -5 a 140 mmHg y la morfología se determinó por la forma del contorno de presión y la relación temporal entre los cambios de presión rec-

Figura 1. Distribución de los diferentes patrones manométricos de tor por el servicio de patología. (Mar175)



tal y anal. De acuerdo con la evaluación propuesta por el grupo de Londres, los patrones se clasificaron en seis tipos: 1) lágrima, 2) gota de lluvia, 3) nota musical, 4) diamante, 5) lanza completa y 6) lanza superior. Se compararon los patrones y métricas de la respuesta de la tos entre los sujetos con IF, estreñimiento (E), proctalgia (P) y otros. Se calculó la kappa para la clasificación entre los dos observadores.

Resultados: Se incluyó a 103 pacientes, 77 mujeres (75%), con edad promedio de 57.5 ± 11 años. Las indicaciones de MAR fueron: IF (46%), E (35%), P (8%) y otras (11%) de los casos. De acuerdo con los patrones morfológicos, los más comunes fueron: lanza completa y gota de lluvia (23%), nota musical (16%), diamante (14%), lágrima (13%), lanza superior (9%) y no clasificable en (3%). La kappa entre los dos observadores fue de 0.95 ($p < 0.0001$, sólo 4 discrepancias). No hubo diferencia en los patrones de acuerdo con el género. Por su parte, el patrón de lágrima fue más común en los pacientes con E y los patrones de diamante y lanza completa fueron más frecuentes en sujetos con IF ($p = 0.013$) (Fig. 1). Los pacientes con IF tuvieron una longitud del esfínter significativamente menor ($p = 0.01$), menor presión basal ($p = 0.19$), menor presión basal antes del esfuerzo de la tos ($p = 0.049$) y menor presión durante la tos ($p = 0.019$).

Conclusiones: La evaluación de los patrones manométricos durante el reflejo de la tos es reproducible y tiene poca variabilidad inter-observador. Estos resultados confirman lo descrito previamente por el grupo de Londres y son en particular útiles en pacientes con IF. También se demostró por primera vez que los pacientes con E tienen patrones morfológicos similares a los descritos en controles sanos. Se recomienda la aplicación de estas métricas en la evaluación de los pacientes que se someten a MAR.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Mar176

IMPACTO DE LA DISTANCIA ENTRE EL SITIO DE RESIDENCIA AL CENTRO ESPECIALIZADO SOBRE EL DESENLACE DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

C. Paredes-Amenábar, J. G. López-Gómez, T. Cortés-Espinosa, K. C. Trujillo-De la Fuente, J. A. Romero-Lozania, R. Pérez-Cabeza de Vaca, M. V. Ramos-Gómez, J. A. Suárez-Cuenca, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal comprende a la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU) y afecta a 1.6 millones en Estados Unidos con al menos 70,000 casos nuevos al año. En México, un estudio de Yamamoto et al. informó un aumento de la frecuencia de casos de EII de 0.30 casos por 100 000 personas por año a 1.83 casos por 100,000 personas-año en 15 años.

Múltiples variables se han considerado al definir el pronóstico de estos pacientes, entre las cuales se encuentran hospitalización temprana al diagnóstico, valores bajos de hemoglobina, cifras elevadas de proteína C reactiva (PCR) y calprotectina fecal y ausencia de curación de la mucosa durante la evolución; otro factor que debe tomarse en cuenta es la distancia a un centro especializado dada la complejidad de la enfermedad y puede volverse una barrera para el diagnóstico, tratamiento específico de la enfermedad, así como en el desenlace clínico de los pacientes.

Objetivo: Determinar el efecto de la distancia entre el sitio de residencia al centro especializado sobre el desenlace de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Material y métodos: Tipo de estudio observacional, transversal y retrospectivo. Variables analizadas: sexo, edad, duración de la

enfermedad, tiempo promedio de desplazamiento, distancia en kilómetros entre lugar de residencia y el centro especializado, tipo de EII y puntuaciones para clasificación de enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU), así como número de ingresos hospitalarios por año. Los resultados se evaluaron con ANOVA, análisis univariado con un IC95% y p significativa < 0.05.

Resultados: El estudio incluyó a 66 pacientes con EII (45 con CU y 21 con EC). La media de edad fue de 51.15 ± 17.5 años. La distancia entre la residencia y el hospital se calculó y clasificó en tres cuartiles basado en proximidad: < 250 km (cuartil 1); 250-750 km (cuartil 2); > 750 km (cuartil 3). Se observó un mayor riesgo entre los pacientes con el cuartil más distante (cuartil 3) en la necesidad de uso de tratamiento biológico (OR, 2.20; IC95%, 0.23-20.55) y cirugía (OR, 2.76; IC95%, 0.49-15.48). Relación del número de ingresos hospitalarios por EII en comparación con los cuartiles de distancia respectivos, con una p = 0.0047.

Conclusión: El efecto de la distancia de residencia de los pacientes a un centro especializado en EII sobre el desenlace de la enfermedad medido por ingresos por actividad de ésta reveló una p = 0.0047, lo que indica que a mayor distancia del centro especializado mayor necesidad de ingresos hospitalarios.

Financiamiento: No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Mar177

EXPERIENCIAS ADVERSAS DE LA INFANCIA Y SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y DISPEPSIA FUNCIONAL

B. A. Priego-Parra, A. Triana-Romero, F. A. Lajud-Barquín, F. Higuera-de-la Tijera, S. E. Martínez-Vázquez, G. A. Salgado-Álvarez, U. García-Mora, M. A. Cruz-Márquez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas de la Universidad Veracruzana

Introducción: Las experiencias adversas de la infancia (EAI) como la negligencia, el abuso y la disfunción doméstica se relacionan con anomalías del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal, alteración en el control del cortisol y disbiosis intestinal durante la edad adulta. Esto se ha vinculado previamente con síndrome de intestino irritable (SII) y dispepsia funcional (DF), entre otras enfermedades.

Objetivo: Determinar la frecuencia de EAI en pacientes con SII y DF comparados con controles sanos (CS), así como correlacionarlas con perturbación psicológica e intensidad de los síntomas.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico con muestreo no probabilístico en el que se seleccionó a personas mayores de 18 y menores de 60 años de una base de datos de pacientes con

padecimientos gastrointestinales. Los CS provinieron de la publicidad de redes sociales, los cuales contestaron un instrumento electrónico que incluyó asentimiento informado y ninguno de ellos tuvo antecedentes de enfermedad gastrointestinal significativa. De esta manera se establecieron dos grupos de estudio, grupo 1 con SII/DF y grupo 2 con CS. Se aplicó un instrumento construido por el cuestionario *Adverse Childhood Experiences* (EAI), la escala de sensibilidad visceral (VSI) que midió la ansiedad específica por los síntomas gastrointestinales, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), y la intensidad de los síntomas gastrointestinales en SII (IBS-SSS), todos en versión en español. Para describir a la población se usaron frecuencias, medias y desviaciones estándar para las escalas; se evaluaron diferencias entre los grupos con ANOVA y Wilcoxon; las correlaciones se establecieron con la prueba de Spearman y de acuerdo con el valor de p < 0.05 se decidió incluir un análisis de regresión logística con el programa SPSS v23.0. El estudio contó con la aprobación del comité de investigación de la Universidad Veracruzana. No se incluyeron los cuestionarios de personas con enfermedades neuropsiquiátricas, tratamiento neuromodulador, COVID-19 en los últimos tres meses, cualquier tipo de cáncer o enfermedad orgánica que explicara los síntomas gastrointestinales.

Resultados: Se incluyó a 109 pacientes del grupo 1: 59 pacientes con SII (51% mujeres, media de 31.37 años), 50 con DF (22% mujeres, media de 40.8 años) y 200 del grupo 2 (62.5% mujeres, media de 33.7 años). De acuerdo con el subtipo de Roma IV para SII, 37% tuvo estreñimiento, 25% diarrea, 27% indeterminado y 10% mixto. Con respecto a la perturbación psicológica, el grupo 1 tuvo mayor puntuación de EAI, sensibilidad visceral, ansiedad y depresión que los sujetos sanos (p = 0.001) (Tabla 1). En SII, la intensidad del dolor abdominal se correlacionó con EAI (r = 0.433, p = 0.001) y VSI (r = 0.369, p = 0.004), mientras que la gravedad de la distensión abdominal tuvo correlación con VSI (r = 0.485, p = 0.004). En sujetos con dispepsia, EAI se correlacionó con sensibilidad visceral (r = 0.479, p < 0.001), ansiedad (r = 0.591, p < 0.001) y depresión (r = 0.603, p < 0.001). La regresión logística mostró que el antecedente de EAI (OR, 2.45; 1.21-4.96; p < 0.001), negligencia física (OR, 3.76; 1.41-10.00; p = 0.005), abuso emocional (OR, 3.15; 1.76-5.65, p < 0.001) y abuso sexual (OR, 2.7; 1.33-5.47; p = 0.005) se vincularon con SII, mientras que el antecedente de EAI (OR, 2.94; 1.32-6.53; p = 0.01), negligencia emocional (OR, 3.810; 2.03-7.12. p < 0.001) y abuso físico (OR, 2.991; IC95%, 1.61-5.55; p < 0.001) se relacionaron con DF.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que las experiencias adversas de la infancia son más frecuentes en sujetos con SII y DF que en controles sanos y se acompañan de mayor gravedad de síntomas y perturbación psicológica. El efecto de la adversidad temprana en el modelo biopsicosocial es clave para el desarrollo y control de los trastornos del eje intestino-cerebro.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Mar177)

| Variables | Control (n = 200) | SII (n = 59) | DF (n = 50) | Valor de p |
|---------------------------------|-------------------|---------------|-------------|------------|
| Mujeres | 125 (62%) | 30 (59%) | 11 (22%) | < 0.001 |
| Edad en años (DE) | 33.7 ± 14.9 | 31.3 ± 13.6 | 40.8 ± 11.6 | < 0.001 |
| IMC (DE) | 21.7 ± 4.1 | 22.8 ± 5.1 | 23.2 ± 3.6 | 0.076 |
| Perturbación psicológica | | | | |
| Sensibilidad visceral (VSI) | 15.38 ± 14.25 | 21.36 ± 16.58 | 34.46 ± 18 | < 0.001 |
| IBS-SSS | 116.5 ± 78.87 | 143.7 ± 94.52 | - | < 0.001 |
| Prevalencia de EAI (> 1) | 118 (59%) | 48 (81%) | 42 (84%) | < 0.001 |
| Tiene ≥ 2 EAI | 77 (38%) | 36 (61%) | 28 (56%) | 0.002 |
| Tiene ≥ 4 EAI | 28 (14%) | 23 (39%) | 6 (12%) | < 0.001 |
| Puntuación media de EAI | 1.46 ± 1.65 | 2.81 ± 2.50 | 2.08 ± 2.03 | < 0.001 |

| | | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|---------|
| HADS ansiedad (0-21) | 6.58 ± 4.14 | 8.49 ± 4.24 | 8.40 ± 3.84 | < 0.001 |
| HADS depresión (0-21) | 4.43 ± 4.30 | 5.29 ± 3.95 | 8.24 ± 4.09 | < 0.001 |
| EAI | | | | |
| Abuso (cualquiera) | 78 (39%) | 39 (66%) | 31 (62%) | < 0.001 |
| Abuso emocional | 57 (28%) | 32 (54%) | 11 (22%) | < 0.001 |
| Abuso físico | 49 (24%) | 24 (41%) | 27 (54%) | < 0.001 |
| Abuso sexual | 22 (11%) | 15 (25%) | 6 (12%) | 0.17 |
| Negligencia (cualquiera) | 40 (20%) | 27 (46%) | 28 (56%) | < 0.001 |
| Negligencia física | 4 (2%) | 6 (12%) | 8 (13%) | < 0.001 |
| Negligencia emocional | 38 (19%) | 23 (39%) | 27 (54%) | < 0.001 |
| Disfunción del hogar (cualquiera) | 80 (40%) | 30 (51%) | 13 (26%) | 0.030 |

SII, síndrome de intestino irritable; DF, dispepsia funcional; DE, desviación estándar; VSI, *Visceral Sensitivity Index*; EAI, *Adverse Childhood Experiences*; IBS-SSS, *Irritable Bowel Syndrome Severity Scoring System*; HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

Mar178

¿CÓMO FUNCIONA EL SUPLEMENTO DE FIBRA PARA GENERAR MEJORÍA EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL? NO TODO ES TRÁNSITO

J. S. Arenas-Martínez, M. F. García-Cedillo, J. C. Vázquez-González, E. Coss-Adame, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

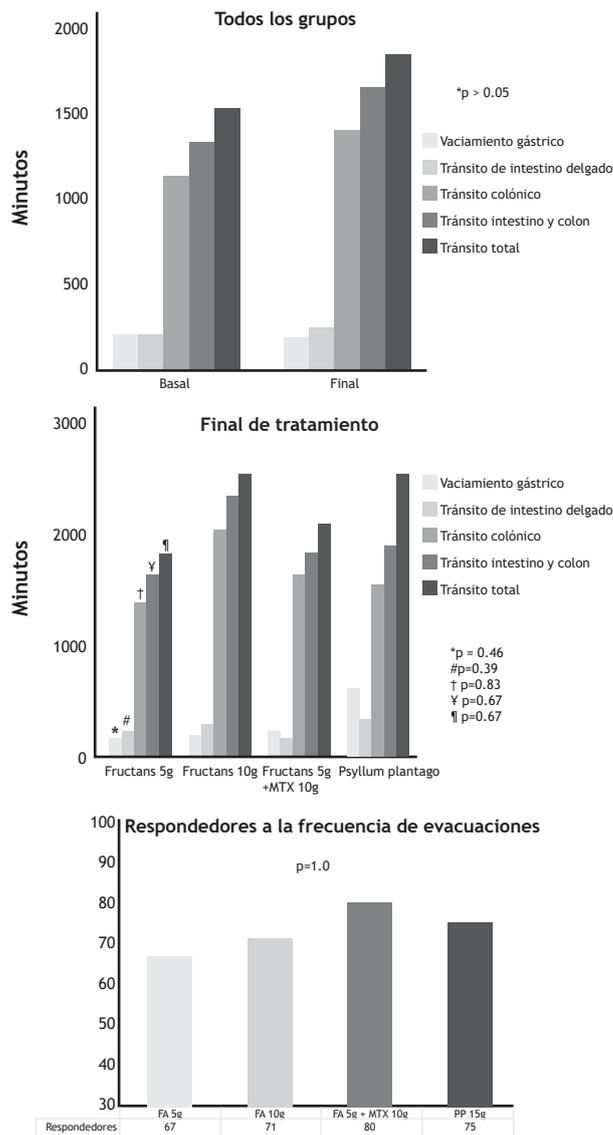
Introducción: El estreñimiento funcional (EF) es una anomalía muy prevalente. La cápsula de motilidad inalámbtrica (CMI) es una nueva tecnología que estudia el tiempo de tránsito regional y el oroanal. Esta cápsula mide temperatura, presión y pH intraluminal. El tratamiento inicial del EF en muchos casos es la complementación con fibra.

Objetivo: Investigar el tiempo de tránsito, contractilidad y cambios en el pH total y regional mediante el uso de la CMI, en pacientes con EF antes y después de la administración de fibra.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en el laboratorio de motilidad gastrointestinal del INCMNSZ. Previo ayuno de 12 horas, sin haber consumido antibióticos en el mes previo y sin preparación gastrointestinal, se administró la CMI en pacientes con EF según Roma III antes de la administración de tratamiento con diferentes tipos de fibra. La CMI envía señal cada 20 s a un aparato receptor que el sujeto porta hasta la expulsión de la cápsula o hasta 120 h. Se administraron cuatro tipos de fibra: 1) fructanos de agave, 5 g, 2) fructanos de agave, 10 g, 3) fructanos de agave + maltodextrina, 10 g, y 4) *Psyllium plantago* (PP), 15 g. Tras ocho semanas de consumo de fibra se repitió el estudio de CMI. Se evaluó el porcentaje de respuesta clínica a la fibra como incremento ≥ 1 evacuación espontánea completa desde la basal. Se evaluaron el tiempo, contractilidad y pH de manera regional y general. Las variables se resumen con medianas, frecuencias y porcentajes. Se compararon con pruebas no paramétricas en variables cuantitativas.

Resultados: Se incluyó a 22 pacientes con EF, mediana de edad de 39 (25-54), IMC de 26.3 (24-27.5), 5 en el grupo de fructanos de 5 g, 8 en el de fructanos de 10 g, 4 en el de fructanos de 5 g + 10 g de MTX y 4 en el de PP. No hubo diferencia en la distribución de los valores demográficos entre grupos ni tampoco cambios en los tránsitos regionales ni generales al comparar entre grupos (p > 0.05).

Figura 1. Tiempo de tránsito y porcentaje de respondedores a las frecuencias de evacuaciones. (Mar178)



No se observaron diferencias en cambios de la contractilidad regional ni general entre grupos ($p > 0.05$). No se encontró correlación entre el tiempo del tránsito y patrón de contractilidad en colon. El perfil de pH cecal no difirió entre los diferentes grupos de fibras después de la intervención. El porcentaje de respuesta clínica y la consistencia de las evacuaciones entre los grupos fue similar (Fig. 1). **Conclusiones:** Los EF presentan respuesta clínica (frecuencia de evacuaciones espontáneas completas y consistencia de las evacuaciones) ante un reto de fibra independientemente de la intervención administrada. Sin embargo, dicha respuesta no se acompaña de mejoría de la contractilidad ni de los tiempos de tránsito regional. Se ha conjeturado que existen otros mecanismos por los cuales se da respuesta al consumo de fibra como el ablandamiento de las heces, heces más formadas y cambios en la microbiota (efecto prebiótico).

Financiamiento: Este estudio recibió financiamiento parcial de Bustar Alimentos S.A. de C.V y financiamiento parcial del fondo FO-SIS 2015.262023 CONACYT.

Mar179

INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN UNA COHORTE MEXICANA DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DURANTE 5 AÑOS

M. G. Aja-Cadena, X. J. Rivera-Gutiérrez, G. A. Hernández-Ramírez, A. D. Cano-Contreras, F. B. Roesch-Dietlen, P. Grube-Pagola, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno de la interacción cerebro-intestino de naturaleza crónica y recurrente; se caracteriza por dolor abdominal acompañado de alteraciones de la frecuencia y la consistencia de las evacuaciones. La prevalencia y la incidencia mundiales son variables y la información existente algunas veces es difícil de comparar. En estudios en población abierta, la prevalencia varía de 3% a 25%. La incidencia es difícil de calcular en una afección tan fluctuante y heterogénea como el SII. Es importante reconocer que los estudiantes de medicina son un grupo especial caracterizado por tremendos cambios cognitivos y emocionales que los vuelven una población de alto riesgo para el SII.

Objetivo: Determinar la prevalencia inicial, la incidencia y la desaparición del SII en una cohorte de estudiantes de medicina a lo largo de cinco años.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de cohorte durante un periodo de cinco años a un grupo de estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Veracruzana Miguel Alemán Valdés en la ciudad de Veracruz, México. Se invitó a todos los sujetos que ingresaron al primer semestre de la carrera de medicina a participar en este estudio en marzo de 2015. Se decidió iniciar el seguimiento de la cohorte a partir del segundo semestre (seis meses después) y se aplicaron los siguientes cuestionarios cada 12 meses a lo largo de cinco años: a) análisis de las características sociodemográficas y b) Cuestionario Modular Roma III (versión validada al español). Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para la descripción de las variables nominales. Se determinó la prevalencia de SII en la cohorte inicial y su intervalo de confianza al 95%. De los sujetos que de forma inicial no tuvieron SII, se estableció una incidencia de cada 12 meses a lo largo del periodo de seguimiento para poder calcular así la tasa de incidencia (TI). De la misma forma se valoró la tasa de desaparición (recuperados). Se calcularon las incidencias anuales, incidencia

acumulada, incidencia promedio y tasa de incidencia promedio expresadas en año-persona de seguimiento. Se estableció significancia estadística cuando la $p < 0.05$.

Resultados: Se invitó a 179 sujetos a participar, de los cuales 131 (73%) contestaron la encuesta inicial, 73 mujeres (55%) y 58 hombres (45%), edad promedio de 19.8 ± 2 años. La prevalencia al inicio del estudio fue del 16% ($n = 21$) (IC95%, 10.7-23.2%). De acuerdo con los subtipos, el más común fue SII-M (57%, $n = 12$), seguido del SII-C (38%, $n = 8$) y SII-D (5%, $n = 1$). De la cohorte inicial, 21 (16%) tenían diagnóstico inicial de SII y 10 (7.6%) pérdidas, por lo cual quedaron 110 individuos durante el seguimiento a los 12 meses. La prevalencia media durante el periodo estudiado fue de 27.67%, la incidencia acumulada al final del periodo fue de 73.626%, la incidencia anual promedio fue de 17.37%/año y la tasa de incidencia promedio fue de 173.7 por 1 000 individuos/año de seguimiento. En general, en todos los periodos de seguimiento el SII fue más frecuente en mujeres y los subtipos más comunes fueron el SII-M y el SII-E. Los factores relacionados con la aparición del SII más frecuentes fueron situaciones vinculadas con estrés, malos hábitos higiénico-dietéticos, pérdidas familiares e infecciones gastrointestinales. **Conclusiones:** En conclusión, en esta cohorte de estudiantes de medicina se observó que la incidencia anual de SII es de 17% en promedio a lo largo de cinco años. Las características de los pacientes y los factores epidemiológicos son similares a lo informado en otras partes del mundo en este tipo de población. Tener conocimiento de estos datos permite establecer un mejor abordaje diagnóstico y tratamiento de los estudiantes de medicina que desarrollaran SII.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para este trabajo.

Mar180

SÍNTOMAS DIGESTIVOS ASOCIADOS AL CONFINAMIENTO POR LA PANDEMIA DE COVID-19

F. Lajud-Barquín, A. Servín-Caamaño, A. Martínez-Tovar, F. Higuera-de-la Tijera, Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

Introducción y objetivos: La pandemia por el virus SARS-CoV-2 causante de la COVID-19 ha dejado una huella sin precedentes; las medidas de distanciamiento social se han instituido en diversos países y se ha encontrado un aumento de las tasas de estrés, depresión y ansiedad. La presencia de síntomas digestivos se ha vinculado en múltiples estudios con diversos estados psicológicos. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores de riesgo relacionados con la aparición de síntomas digestivos secundarios al confinamiento por la pandemia de COVID-19.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico realizado en población abierta en el periodo de enero a mayo de 2021; se evaluaron datos sociodemográficos, síntomas digestivos, así como factores de riesgo vinculados con la aparición de síntomas digestivos por el confinamiento de la pandemia de COVID-19.

Resultados: Aceptaron realizar la encuesta 298 personas, 133 hombres (44.6%) y 165 mujeres (55.4%) y la media de edad fue de 36.1 ± 12.6 años; hubo un incremento significativo de ardor epigástrico, saciedad temprana, pirosis, regurgitación, estreñimiento y diarrea. Se encontraron como factores de riesgo relacionados los cambios en el peso y el estilo de vida.

Conclusiones: Existe un aumento significativo de los síntomas digestivos derivado de las medidas sanitarias para la contención del SARS-CoV-2 y se encontró que las modificaciones en el peso, el consumo de complementos alimenticios, la disminución de la actividad física derivados de estas medidas sanitarias son factores de riesgo para la aparición de estos síntomas.

Financiamiento: Recursos propios.