

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

CORRELACIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON ESTRÉS
LABORAL Y/O DÉFICIT DE INGESTA DE FIBRA EN MÉDICOS RESIDENTES DE
POSTGRADO DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS
ANDES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL - JULIO 2012

AUTOR: DR. FRANK C. CATALIOTI Q.

TUTOR: DR. IVÁN DAVID RIVAS R.

Mérida, 2012

**CORRELACIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON ESTRÉS
LABORAL Y/O DÉFICIT DE INGESTA DE FIBRA EN MÉDICOS RESIDENTES
DE POSTGRADO DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LOS ANDES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL -
JULIO 2012**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO POR EL MÉDICO CIRUJANO
FRANK CARLOS JOSE CATALIOTI QUINTERO, CI: 16.803.340, ANTE EL
CONSEJO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS
ANDES, COMO CREDENCIAL DE MÉRITO PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO
DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA

Autor:

Dr. Frank Carlos Catalioti Quintero

Médico Cirujano ULA

Médico residente de 3^{er} año del Postgrado Medicina Interna IAHULA.

Tutor:

www.bdigital.ula.ve

Dr. Iván David Rivas R.

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Interna y Gastroenterología

Adjunto al Servicio de Medicina Interna del IAHULA

Profesor asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, a ti Padre misericordioso te dedico este logro, Tú que siempre iluminas cada día de mi existencia, recibe de mi todo el agradecimiento por tu amor y tú bondad, gracias por mi vida y la de mi familia.

A mi esposa Ingrid Camacho, mi eterno amor, gracias por estar a mi lado brindándome todo tu cariño, entrega y dedicación y sobre todo por tenerme la comprensión y paciencia durante estos años de mi vida, fuiste, eres y serás una pieza fundamental en mi vida personal y profesional, mil gracias por estar junto a mi sin condiciones.

A mi futuro hijo Franco E. Catalioti C. quien ha sido mi inspiración para cada día ser mejor en todo lo que hago y poder ser un ejemplo para ti.

A mi madre Alida Quintero, quien ha sido un maravilloso ejemplo de amor, sacrificio, lucha, sencillez y respeto, pero sobre todo gracias por tu infinito amor y apoyo incondicional, sin ti esta meta no hubiese sido posible.

A mi padre Franco Catalioti quien es ejemplo de ética, vocación, humanidad y respeto agradezco de corazón tu apoyo incondicional pero lo que más te agradezco son tus consejos de vida los cuales me servirán de apoyo para mañana ser un padre ejemplar como tú.

A mi Hermana Francia por ser mi amiga, con quien compartí mis primeros años de vida, aprendimos de nuestros padres lo que hoy somos, gracias por tu cariño y apoyo.

Frank C. Catalioti Q.

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre, Dios Hijo y Dios Espíritu Santo nuestro amigo espiritual, quien me mantuvo sano y con ánimo para culminar este proyecto.

A la Ilustre Universidad de los Andes y al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, por permitirme formarme como médico y ahora como especialista, sin su formación y apoyo esto jamás hubiese sido posible.

Al Dr. Iván Rivas coordinador de esta investigación quien me brindo su apoyo, amistad y confianza, siendo un excelente tutor y compañero de trabajo.

A mis profesores, Dra. Magali Quiñonez, Dra. Tivizay Molina, Dr. Ciro Angulo, Dr. Raimondo Caltagirone, gracias por sus enseñanzas, consejos y apoyo.

Al personal del departamento de Medicina Interna, Lcda. Belkis, Marlene y Marlinda, gracias por su apoyo incondicional.

A Imara Barrios gracias por ser una amiga y compañera incondicional durante esta jornada.

A Todos mis Compañeros del Postgrado, con quienes compartí momentos de alegría y tristeza, éxito.

A mis pacientes, la razón de este esfuerzo.

Frank C. Catalioti Q.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
CORRELACIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON ESTRÉS
LABORAL Y/O DÉFICIT DE INGESTA DE FIBRA EN MÉDICOS RESIDENTES
DE POSTGRADO DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO
DE LOS ANDES DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ABRIL -
JULIO 2012

AUTOR: Dr. Frank C. Catalioti Q.
TUTOR: Dr. Iván Rivas Rodríguez

RESUMEN

El síndrome de intestino irritable (SII) es una entidad clínica muy común y de diagnóstico netamente clínico, se ha descrito previamente su relación estrecha con estrés laboral y déficit de consumo de fibra como factores desencadenantes de la enfermedad, presentando alta prevalencia con la población joven y laboralmente activa. **Metodología:** El presente es un estudio descriptivo correlacional. **Objetivo:** Determinar la correlación entre síndrome de intestino irritable con estrés laboral y déficit de consumo de fibra en el personal de médicos residentes del I.A.H.U.L.A en el periodo comprendido entre abril - julio 2012. **Muestra:** 158 residentes de diversos postgrados se aplicó una encuesta previo consentimiento verbal individual interrogando criterios de ROMA III, Escala de Maslach y frecuencia de consumo alimentario. **Resultado:** Según criterios ROMA III la prevalencia de SII fue de 58 individuos (58,58% femeninos y 41,42% masculinos) de los cuales 44,88% cursa con niveles moderados o severos de estrés laboral y el 65,51% cursa con déficit de consumo de fibra. **Conclusión:** 36,7% de la población estudiada cursa con criterios diagnósticos de SII, con una relación con déficit en consumo de fibra estadísticamente significativa ($p < 0,005$) mientras que la asociación con estrés laboral no fue significativa estadísticamente ($p > 0,005$).

Palabras clave: Síndrome intestino irritable, estrés laboral, consumo de fibra.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
CORRELATION BETWEEN IRRITABLE BOWELL SYNDROME WITH
OCCUPATIONAL STRESS AND DEFICIT OF FIBER INTAKE IN POSTGRADE
MEDICAL RESIDENTS OF THE AUTONOMOUS INSTITUTE UNIVERSITY
HOSPITAL OF LOS ANDES DURING THE PERIOD BETWEEN APRIL AND
JULY 2012

AUTHOR: Dr. Frank C. Catalioti Q.
TUTOR: Dr. Iván Rivas Rodriguez

ABSTRACT

Irritable bowel syndrome (IBS) is a common clinical entity and purely clinical diagnosis, previously described his close relationship with occupational stress and lack of fiber intake as triggers of the disease, presenting high prevalence in young and active working population. **Methodology:** This is a descriptive correlational study. **Objective:** To determine the correlation between irritable bowel syndrome with occupational stress and lack of fiber intake in the medical staff IAHULA residents in the period April-July 2012, **Sample:** 158 residents graduate programs were surveyed individually, after verbal consent, they were ask to respond to the ROME III criteria, Maslach scale and frequency of fiber consumption. **Results:** According to Rome III criteria for IBS the prevalence is 36.7% (58.58% female and 41.42% male) of which 44.88% course with moderate to severe levels of occupational stress and 65.51 % present deficit fiber intake. **Conclusion:** a 36, 7% of the population studied have current diagnostic criteria for IBS with a low fiber consumption relationship statistically significant ($p < 0.005$) while the association with occupational stress was not significant ($p > 0.005$).

Keywords: irritable bowel syndrome, stress at work, fiber intake.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Resumen	vi
Abstract.	vii
 CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
Introducción	1
Justificación de la Investigación	4
Objetivos de la Investigación	5
Antecedentes de la Investigación	6
Marco Teórico	9
 CAPITULO II: MARCO METODOLÓGICO	
Diseño de Investigación	17
Población y muestra	17
Diseño de Variables	
Variables Principales	18
Variables Demográficas	18
Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	19
Análisis Estadísticos	19
Instituciones que apoyan la investigación	19

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Presentación de Resultados	20
Discusión y Análisis de Resultados	35

CAÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusión	38
Recomendaciones	39
Referencias Bibliográficas	40
Anexos	44

www.bdigital.ula.ve

INDICE DE TABLAS

TABLA		PAG
1	Distribución del número de residentes de postgrado universitario del I.A.H.U.L.A según postgrado Mérida 2012.	20
2	Distribución de la muestra según género.	21
3	Distribución de la muestra según año de residencia.	21
4	Distribución de la muestra según grupo etario.	22
5	Distribución de síndrome de intestino irritable según género.	22
6	Distribución de síndrome de intestino irritable según grupo etario.	23
7	Distribución de síndrome de intestino irritable según tipo de postgrado en residentes.	24
8	Distribución de síndrome de intestino irritable según año de residencia.	25
9	Distribución de consumo de alimentos ricos en fibra según género.	26
10	Distribución de consumo de alimentos ricos en fibra según grupo etario.	26
11	Distribución de consumo de alimentos ricos en fibra asociado con el postgrado al cual pertenecen.	27
12	Presencia de agotamiento emocional en médicos residentes I.A.H.U.L.A.	28
13	Presencia de despersonalización en médicos residentes I.A.H.U.L.A.	28
14	Presencia de realización personal en médicos residentes I.A.H.U.L.A.	29

15	Distribución de nivel de estrés en médicos residentes I.A.H.U.L.A.	29
16	Asociación de estrés laboral en médicos residentes con el postgrado al cual pertenecen.	30
17	Distribución de estrés laboral asociado a el año de residencia en curso.	31
18	Asociación Entre Síndrome De Intestino Irritable Y Presencia De Estrés Laboral.	32
19	Asociación entre síndrome de intestino irritable y consumo adecuado de fibra.	33
20	Prueba de independencia entre SII y consumo de fibra.	34
21	Prueba de independencia entre SII y estrés.	34

www.bdigital.ula.ve

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

El síndrome de intestino irritable (SII) es un desorden gastrointestinal común que se manifiesta con dolor o disconfort abdominal y diarrea, constipación o ambos.¹⁻² El SII es una de las enfermedades más frecuentes que afectan el tracto gastrointestinal, representa de 10% a 15% de consultas de atención primaria y del 25% a 50% de consultas al gastroenterólogo.³ Sin embargo, solo una pequeña proporción de sujetos portadores de la enfermedad buscan atención médica⁴.

El SII tiene un origen multifactorial, donde participan factores biológicos (sensibilidad, motilidad)⁵⁻⁶, psicosociales⁷ e inmunoalérgicos⁸; Es evidente que la alimentación juega un papel importante, puesto que es “a priori” el proveedor de estímulos al sistema digestivo para generar respuestas sensitivas y reacciones motoras, es fuente exógena de antígenos y puede influir o estar influida por factores de la esfera psicosocial⁹.

Se ha propuesto un modelo en que ciertas variables genéticas asociadas a “eventos psicosociales tempranos” en la vida de los individuos pueden tener repercusiones a lo largo de la vida en términos del funcionamiento del aparato digestivo y a determinados procesos patológicos,¹⁰ dentro de los que destacan: el abuso físico o sexual, antecedentes de maltrato y síntomas psiquiátricos (depresión y ansiedad)¹¹

Aunque experiencias estresantes producen síntomas gastrointestinales en muchos individuos, los pacientes con SII son particularmente susceptibles. Los estudios de los

efectos de los eventos estresantes sobre pacientes con SII sugieren que son más frecuentes en pacientes con SII en comparación con otros grupos de pacientes o controles sanos; además en ellos, el estrés está fuertemente asociado con el inicio y la severidad de los síntomas. Aunque los efectos del estrés sobre la función intestinal son universales, pacientes con SII parecen tener una mayor reactividad a estrés.¹²

El SII se consideraba, hasta hace poco tiempo un “diagnostico de exclusión”, dado a su carácter de síndrome o trastorno funcional caracterizado por ausencia de daño estructural demostrable mediante los métodos habituales de estudio en un paciente con síntomas digestivos. Esta concepción ha cambiado desde la aparición de los “criterios diagnósticos” que buscan una mayor precisión en la categorización de los pacientes y que han hecho de este un “diagnostico de inclusión” casi similar a, por ejemplo, la depresión o el síndrome coronario agudo.¹³

Desde un punto de vista teórico, el uso de criterios diagnósticos en el SII es útil para discriminar de una forma sencilla este síndrome de las patologías orgánicas. Esto conllevaría a una disminución en la utilización de las exploraciones complementarias necesarias, para excluir lesiones orgánicas cuando se sospecha un trastorno funcional. Además, la utilización de criterios específicos para el SII permite diferenciarlo de otros trastornos funcionales digestivos.¹²

La relación entre el SII y la ingesta de fibra es muy controvertida¹¹, tanto desde el punto de vista fisiopatológico, como desde el punto de vista terapéutico¹⁴.

Existe un grupo de fibras que se denominan fibras insolubles (celulosa, hemicelulosa, lignina), el segundo grupo son las solubles, que forman un gel en presencia de agua

(pectinas, gomas y mucilagos); se describen dos trabajos que han demostrado la utilidad de la fibra en pacientes con síndrome de intestino irritable, recientemente, Parisi y cols han demostrado en un grupo de 188 pacientes con síndrome de intestino irritable una mejoría en los síntomas al suplementar la dieta con 30 g de fibra en forma de salvado de trigo (insoluble) o con 5 g de goma guar parcialmente hidrolizada (soluble) sin obtener diferencias entre ambos tratamientos.¹⁵

El trabajo de Aller y cols.¹⁶ demuestra que los pacientes con SII consumen una dieta rica en grasa, tomando en cuenta que esta se asocia con aumento de los reflejos motores y de la sensibilidad¹⁷, es por ello que se puede plantear un exceso de grasas en la dieta como un factor desencadenante de SII.

www.bdigital.ula.ve

JUSTIFICACION

Es innegable que nosotros los profesionales de salud, estamos sometidos a estrés crónico laboral y por tanto tenemos riesgo elevado de padecer enfermedades asociadas a dicha patología, como lo es el SII, por tanto el éxito del manejo del mismo parece ser la clave para evitar la posterior aparición del mismo.

El abordaje (bio-psico-social) en el SII es fundamental para lograr un tratamiento exitoso de dicha patología, por lo que nuestro deber primordial debe estar enfocado en la promoción y atención primaria adecuada para lograr con rapidez y exactitud el diagnóstico precoz del mismo y de las causas que lo predisponen.

En vista que el IAHULA es un hospital de cuarto nivel, cuenta con postgrados universitarios tanto clínicos como quirúrgicos, con un número importante de residentes, que están sometidos a condiciones muy particulares que desencadenan estrés laboral y desordenes dietéticos, que pudiesen ocasionar enfermedades gastrointestinales como el SII. Este trabajo de investigación tiene como finalidad detectar la prevalencia de SII, estrés y bajo consumo de fibra en los médicos residentes que laboran en esta institución.

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe relación entre el síndrome de intestino irritable con el estrés laboral y el déficit de consumo de fibra en el personal de médicos residentes de postgrado del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes en el periodo comprendido entre abril y julio 2012.

IV OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Establecer prevalencia de SII en médicos residentes del IAHULA.
- 2) Establecer la edad y género de residentes del IAHULA con SII
- 3) Establecer la asociación entre el SII y el estrés laboral en médicos residentes del I.A.H.U.L.A.
- 4) Establecer la asociación entre el SII y déficit de consumo de fibra en médicos residentes del I.A.H.U.L.A
- 5) Establecer la asociación entre SII, estrés laboral y déficit de ingesta de fibra en los diversos postgrados de los médicos residentes del I.A.H.U.L.A.

ANTECEDENTES

El síndrome de intestino irritable SII ha sido ampliamente estudiado en los últimos años, tanto en nuestro país como en otras regiones del mundo.

AUTOR(ES)	TITULO DEL TRABAJO	METODOLOGÍA	CONCLUSIONES
Rivas Adrianys, Landaeta Yris. GEN v.63 n.3 2009, pag 177-182	Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en los médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenológico de Maracay edo. Aragua. Venezuela 2008.	Estudio comparativo de tipo transversal. Una muestra de 100 médicos especialistas fueron seleccionados de los cuales se excluyeron 17, por lo que el estudio se llevo a cabo en 83 de ellos.	37,3% (31médicos) cursa con criterios de SII; y de ellos el 67,7% cursa con criterios suficientes para diagnostico de estrés laboral.
Rivas Adrianys, Pandolfo Raffaele, Pintero Ramón. GEN v.60 n.4 2006, pag. 302-305	Síndrome de intestino irritable, según criterios de ROMA II, en estudiantes de medicina de la escuela José María Vargas de la UCV Mayo 2005	Estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 189 estudiantes de medicina de 1er a 6to año de la Universidad Central de Venezuela.	Según los criterios de ROMA II, el SII en la población estudiantil estudiada fue de 21,16% (40 estudiantes), de los cuales 30 son de sexo femenino y 10 masculino.

AUTOR(ES)	TITULO DEL TRABAJO	METODOLOGÍA	CONCLUSIONES
Campos Guisela, León, Raúl. Rev Gastroenterol Peru v.21 n.3 2001	Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto en Lima.	De tipo transversal de prevalencia. A una población de 300 pacientes (168 mujeres) en diferentes distritos de la ciudad, a los cuales se aplicó el test de Manning (SII) y el inventario de Beck (trastornos depresivos).	Síndrome depresivo: 29,8% de mujeres y 29,5% de hombres. SII: 55.1% de mujeres y 44.9% de hombres. Un 17,7% de la población estudiada cursa con ambas patologías.
Romero. Jenny, Fernández Saturnino. GEN v.60 n.4 2006, pag 296-301	Estudio de prevalencia del síndrome de intestino irritable en la población venezolana con dolor abdominal	Descriptivo transversal. Se estudiaron 1500 pac. De diversas ciudades del país según criterios ROMA II	La prevalencia de SII en la población venezolana con dolor abdominal es 59%.
Bennet. E. J. Tennant. C.C. 1998. GUT v.43 1998	Nivel de estrés crónico como predictor de aparición de síndrome de intestino irritable.	Estudio descriptivo. Total de 117 pacientes (31 hombres y 86 mujeres)	La presencia de eventos estresantes a los 6 meses posterior al inicio del estudio contribuyó significativamente al aumento de la intensidad de la sintomatología intestinal. P=<0,001.

AUTOR(ES)	TITULO DEL TRABAJO	MUESTRA	CONCLUSIONES
Aller R. De Luis D. La Calle F. 2004 Anales de medicina interna v.21 n.12 2004.	Patrón de ingesta en un grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable; relación de la ingesta de fibra con los síntomas	Estudio transversal. Se incluyeron un total de 53 pacientes con síndrome de intestino irritable, siguiendo los criterios de ROMA II	Los 53 pacientes estudiados muestran un claro exceso en el consumo de grasas. Existió una baja ingesta de vitaminas A y D y un aumento en el consumo de B12, vitamina C y niacina, con déficit de la ingesta de calcio, magnesio, yodo y zinc, con respecto al análisis de fibra cursa con fibra soluble 19% e insoluble 71% p=<0,05.

www.bdigital.ula.ve

Posterior a la revisión de estos estudios se puede observar que el SII es una patología con una prevalencia elevada a nivel nacional como mundial, con predominio hacia el sexo femenino, de origen multifactorial, la cual se asocia con múltiples factores de riesgo entre los que se destacan factores genéticos, estímulos estresantes, alteraciones en los hábitos dietéticos y patologías psiquiátricas.

MARCO TEORICO

El SII es un trastorno funcional digestivo que se define clínicamente por la combinación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia) durante 3 días los últimos 3 meses, sin causa orgánica conocida.¹⁸

El SII es uno de los trastornos de salud más frecuentes en el mundo, con una prevalencia en EE.UU, Europa, Asia entre el 10-20% y del 17%¹⁸ en la población hispana residente en EE.UU, actualmente en Latinoamérica, en estudios basados en la comunidad, la prevalencia de SII en Brasil, Colombia, México y Uruguay osciló entre el 9 y el 18%¹⁸ no se cuentan con estudios epidemiológicos significativos en nuestro país.

La edad de presentación de los pacientes con SII tiene un amplio rango, de 16 a 89 años, con un promedio de mayor aparición a los 42 años. La distribución por sexos del SII en la comunidad es de 2 a 4 mujeres por cada varón, y afecta aproximadamente a un 15% de las mujeres y a un 5% de los varones, lo que nos indica un evidente predominio en el sexo femenino.¹⁸

Existen varios factores relacionados con el SII entre los cuales se encuentran los siguientes:

Alteraciones en la motilidad digestiva: la alteración más consistentemente observada en pacientes con SII es la presencia de una respuesta motora exacerbada a varios estímulos, tales como ingestión de alimentos (lípidos y fibra) y el estrés psicológico. Los mecanismos involucrados en esta hiperreactividad motora parecen estar relacionados con el

funcionamiento de las interrelaciones entre el sistema nervioso entérico y las fibras musculares lisas del tubo digestivo.

Mecanismos inflamatorios e infecciosos: los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de SII en pacientes que han sufrido una gastroenteritis son: la existencia de trastornos psicológicos previos, como la ansiedad o la depresión, pertenecer al sexo femenino o haber tenido una gastroenteritis de curso más largo y más grave, También está implicado el patógeno de la gastroenteritis, ya que se ha observado que el riesgo es 10 veces mayor cuando la infección se produce por *Campylobacter* o *Shigella* que cuando es por *Salmonella*.

Morbilidad psicológica: las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en los pacientes con SII son: trastornos afectivos, ansiedad, somatización y cancerofobia, entre ellos el estrés psicológico agudo podría afectar a la actividad motora y la percepción visceral, lo que explicaría por qué más de la mitad de los pacientes con SII relacionan los episodios de exacerbación de sus síntomas con situaciones estresantes.

Otros mecanismos: otro factor importante es el antecedente de abuso sexual; en un estudio realizado en una muestra consecutiva de 206 mujeres con trastornos funcionales gastrointestinales en un centro terciario de referencia en Estados Unidos, el 44% de las mujeres documentaron antecedentes de abuso sexual y físico.¹⁰

Los primeros pasos en el desarrollo de los llamados criterios de Roma comenzaron en 1988. Estos criterios iniciales fueron modificados en varias ocasiones hasta publicarse en 1999 los criterios de Roma II, en los que se habían incorporado nuevos conocimientos y más evidencias científicas. No obstante, el tiempo y su aplicación demostraron que tenían

diversas limitaciones y que claramente podían ser mejorados. Con esta intención nacieron los criterios de Roma III en el año 2006 que consisten en: la presencia de dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses junto con 2 o más de los siguientes: a) mejora con la defecación; b) el comienzo coincide con un cambio en la frecuencia de las deposiciones, y c) el comienzo coincide con un cambio en la consistencia de las deposiciones.¹⁹

ESTRÉS.- Deriva del latín “Stringe” que significa “apretar” o “provocar tensión”, el Dr. Seyle (1956) de la Universidad de Montreal a quien se le llama “padre del concepto estrés” popularizo este concepto para referirse a una respuesta estereotipada del organismo a estímulos inespecíficos con propiedades de alterar la homeostasia (equilibrio interno) de este (13). Definió el estrés en términos generales como un síndrome que provoca una respuesta inespecífica del organismo a un estímulo ambiental.²⁰

CLASIFICACIÓN DEL ESTRÉS

1. Según sus efectos:

1.1 Eustrés (estrés positivo).

1.2 Distres (estrés negativo).

2. Según el contexto en el que se presenta

2.1 Estrés laboral o del trabajo: Se denomina estrés laboral al malestar y a las afecciones ocasionadas por las condiciones y tareas propias de la institución donde se trabaja afectando por norma general a trabajadores con gran presión psicológica.²⁰

2.2 Estrés no laboral o cotidiano: El cual está relacionado con causas individuales, familiares y de relaciones interpersonales.²⁰

El estrés laboral es un fenómeno personal y social cada vez más frecuente y con consecuencias importantes a nivel individual y organizacional. A nivel individual puede afectar el bienestar físico y psicológico, y la salud de las personas. A nivel colectivo, puede deteriorar la salud organizacional, puede causar invalidez psicológica y fisiológica franca; sin embargo, también tiene manifestaciones más sutiles de morbilidad que pueden afectar el bienestar personal.²⁰

TIPOS DE ESTRÉS LABORAL

- 1. Episódico:** Que se puede dar por un despido, es circunstancial, eventual.²⁰
- 2. Crónico:** Que se puede presentar cuando la persona se encuentra sometida a las siguientes situaciones: ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, alteración de ritmos biológicos, responsabilidades y decisiones muy importantes, condiciones laborales inadecuadas.²⁰

CAUSAS DE ESTRÉS LABORAL

Estresores extraorganizacionales: factores familiares, políticos, sociales y económicos que inciden sobre el individuo.²⁰

Estresores intraorganizacionales: (conflicto de roles, sobrecarga de trabajo), a nivel grupal (relaciones interpersonales en el trabajo, desarrollo de la carrera profesional) y organizacionales (estilos gerenciales, estructura organizacional, cambios organizacionales).²⁰

SINDROME DE BURNOUT: tal vez, la definición más aceptada es la que ofrecen Maslach y Jackson (1982), que lo conceptualizan como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.²¹

Agotamiento emocional: El agotamiento emocional se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o ambas combinadas.²¹

Despersonalización: La despersonalización se concibe como el desarrollo de actitudes, sentimientos y respuestas negativas, distantes y deshumanizadas hacia las otras personas, especialmente a los beneficiarios de su trabajo.²¹

Falta de realización personal: Se define como la necesidad de logro que tiene todo ser humano para competir con criterios hacia la excelencia.²¹

MASLACH BURNOUT INVENTORY (M.B.I): Instrumento de medida utilizado para el síndrome de burnout, el cual consta de de 22 preguntas, con medición mediante una escala de LICKERT del 0 (nunca) al 6 (diariamente)²¹. (Ver anexo N°1).

El MBI posee una gran aceptación internacional, ya que en la inmensa mayoría de los países de América Latina, la Unión Europea (EU) y en los Estados Unidos (USA) se ha utilizado extensamente. Esto es una ventaja, ya que permite comparar resultados y desarrollar estrategias de prevención y tratamiento del trastorno, impulsando también el desarrollo de adaptaciones del cuestionario.²²

Las preguntas agrupadas nos determinan la presencia del síndrome por cada una de las características que lo componen así:

- **El agotamiento o cansancio emocional:** Esta integrada por las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

- **La despersonalización:** Esta integrada por las preguntas 5, 10, 11, 15, 22.

- **La falta de realización personal:** Esta integrada por las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

	BAJO	AE= 18	D= 5	RP= 40
PUNTAJE	MEDIO	AE= 19-26	D= 6-9	RP= 34-39
	ALTO	AE= >27	D= >10	RP= < 33

En la última década del siglo XX, la fibra ha ocupado un lugar preferente en la literatura científica. Diversos estudios epidemiológicos han puesto de relieve que las dietas con un ingesta disminuida de fibra están en relación con la aparición de ciertas patologías denominadas “occidentales”, como el cáncer de colon, la enfermedad cardiovascular, alteraciones en el ritmo y el tránsito intestinal, entre otras.²³

Trowell en 1976, define a la Fibra Alimentaria como: la suma de todos los polisacáridos y lignina, resistentes a la hidrólisis de las enzimas endógenas del tracto digestivo humano.²⁴

La fibra dietética soluble se caracteriza porque sufre un proceso de destrucción por las bacterias del colon, con producción de hidrógeno, metano, dióxido de carbono y ácidos grasos de cadena corta (acético, propiónico y butírico) que pueden actuar localmente y que pueden ser absorbidos por el organismo y utilizados como fuente de energía. Aunque la energía es poca, no debe menospreciarse: cada gramo de fibra ingerida aporta entre 1 y 2,5

Kcal. Como es lógico, el valor energético de la fibra dependerá de su grado de fermentabilidad ("destrucción") por parte de las bacterias del colon: a mayor fermentabilidad, mayor energía.²⁴

La fibra soluble es hidrolizada o destruida completamente por las bacterias. Tiene las siguientes propiedades, que explicarán sus efectos en la salud y la enfermedad: es muy viscosa (como un gel), enlentece el vaciado intestinal, enlentece la absorción de nutrientes, mejora la tolerancia a la glucosa (al reducir los picos de azúcar en sangre), disminuye los niveles de colesterol y aumenta poco el bolo fecal. Por todo ello tiene efecto antidiarreico, favorece el crecimiento y la integridad de las células de la pared del intestino y colon, y ayuda a bajar el colesterol y el azúcar en sangre.²⁴

La fibra insoluble apenas sufre procesos fermentativos o de hidrólisis por las bacterias en el colon. Tiene las siguientes propiedades, que explicarán sus efectos en la salud y la enfermedad: es poco viscosa (no forman un gel), favorece la captación de agua, aumenta el bolo fecal, aumenta el movimiento del intestino y acelera el tránsito intestinal. Con todo ello mejora el estreñimiento.²⁵

Efectos de la fibra sobre el intestino delgado, una dieta con un contenido adecuado en fibra (especialmente pectina) permite a las vellosidades intestinales mantener su estructura y dimensiones para que resulten funcionales. Respecto al tránsito, en los tramos más proximales del intestino delgado éste es más rápido porque la fibra hace más viscoso el bolo digestivo; en cambio, en los tramos más distales el tránsito es más lento porque ya se ha producido una importante absorción de nutrientes y líquidos. Es aquí, en el intestino delgado, donde la glucosa es fijada por fibras solubles y lignina.²⁵

Según el Comité de Alimentos y Nutrición del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los EEUU la recomendación de consumo de fibra es de 38g/día y 25g/día para individuos menores de 50 años de sexo masculino y femenino respectivamente, y de 30g/día para hombres y 21 g/día para mujeres mayores de 50 años.

Las principales fuentes dietéticas de fibra de son los cereales (40 a 54%), seguido por las verduras (29 a 35%), las frutas (11 a 26%) y en menor proporción, las legumbres con 2 a 7%. (Ver anexo N° 4).

www.bdigital.ula.ve

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

DISEÑO DE ESTUDIO: Descriptivo correlacional

POBLACION DE ESTUDIO

En esta investigación la población estuvo constituida por los 333 médicos residentes de los diferentes postgrados universitario del I.A.H.U.L.A en el periodo comprendido entre abril y julio 2012.

MUESTRA

Para el cálculo de la muestra en este estudio, fue necesario recurrir a la ecuación estadística para muestras finitas propuesta por Chávez N. (2004)²⁶, quien plantea la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N^2 \cdot Z_{\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha/2} \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

N: Tamaño de la Población (333 Elementos)

$Z_{\alpha/2}$: Punto de la distribución Z por encima del cual se encuentra el $\alpha/2$ % de la distribución

e: Error

p: Proporción estimada (médicos residentes de postgrado IAHULA)

Cuyo valor fue de $n = 158$ elementos con un error muestral del 5%. Según Hernández, Fernández y Baptista²⁷ (2005), luego de obtener el tamaño muestral, se seleccionaron las historias médicas que integraron el estudio de forma aleatoria simple sin reposición, hasta obtener los 158 registros necesarios para el estudio, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION

- Aceptación a la participación en el estudio
- Médicos residentes de postgrado universitario de IAHULA

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Negativa a participar en el estudio.
- Padecer trastorno gastrointestinal estructural y/o trastorno ansioso o depresivo
- Consumo de medicamentos que puedan enmascarar sintomatología de SII

DISEÑO DE VARIABLES

✓ VARIABLES PRINCIPALES

- Estrés laboral
- Alteraciones en hábitos dietéticos
- Síndrome intestino irritable

✓ VARIABLES DEMOGRAFICAS

- Edad
- Género
- Postgrado al que pertenece.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Formato de recolección de datos, el cual consta de una encuesta, donde se recolectaron datos demográficos, como edad y genero, criterios de Roma III para diagnostico de Síndrome de Intestino Irritable, la escala de estrés laboral de Maslash y una tabla nutricional modificada de frecuencia de consumo de alimentos, avalada por gastroenterólogo y nutricionista.

ANALISIS ESTADISTICO

Se analizaron las variables cualitativas a través de medidas absolutas y relativas de frecuencia (proporciones y razones) y las variables cuantitativas se analizaron por medio de medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (rango, varianza y desviación estándar). Los datos recolectados de cada instrumento fueron tabulados y procesados en una base de datos digitalizados en el programa estadístico Statistical Package for the social sciences (SPSS) 20^a edición y la correlación de los mismos se realizó con tablas de contingencia de 2x2 y por medio de chi cuadrado.

INSTITUCIONES QUE APOYAN EL ESTUDIO

- Universidad de los Andes.
- Coordinación de Postgrado de la Universidad de los Andes.
- Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.
- Unidad de Medicina interna del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes.

CAPÍTULO III

PRESENTACION Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA.1

**DISTRIBUCION DEL NÚMERO DE RESIDENTES DE POSTGRADO
UNIVERSITARIO DEL I.A.H.U.L.A SEGÚN POSTGRADO MERIDA 2012**

Postgrado	Tamaño de la muestra
Endocrinología	7
Cirugía general	9
Gastroenterología	2
Cardiología	7
Anestesiología	15
Psiquiatría	5
Neumonología	6
Pediatría	9
UCI	6
Radiología	11
Traumatología	11
Ginecología	20
Oftalmología	5
Medicina interna	18
Fisiatría	4
Medicina de familia	4
Hematología	5
Nefrología	4
Neurocirugía	5
Neurología	5
TOTAL	158

Fuente: Base de datos.

De la población de 333 inscritos en los diferentes postgrados médicos hospitalarios; se realizó un muestreo estratificado con asignación proporcional al número de inscritos en cada postgrado. La tabla anterior presento la configuración del muestreo utilizando un nivel de confianza del 95%.

TABLA N. 2**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GÉNERO.**

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	78	49,4
Masculino	80	50,6
TOTAL	158	100,0

Fuente: Base de datos

Con respecto a la distribución por género de la población en estudio observamos una representación equitativa de la muestra con 80 residentes de sexo masculino (50,6%) y 78 femeninos (49,4%).

TABLA N. 3**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA.**

AÑO DE RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMERO	50	31,6
SEGUNDO	49	31,0
TERCERO	53	33,6
CUARTO	4	2,5
QUINTO	2	1,2
TOTAL	158	100,0

Fuente: Base de datos.

Con respecto a la distribución por año de residencia debemos tener en cuenta que hay diversidad en la duración entre los diferentes postgrados, esto explica la mayor cantidad de residentes de primero a tercer año (>90%) que los de cuarto y quinto año. (3,7%).

TABLA N. 4**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN GRUPO ETARIO.**

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
(20 - 24)	1	0,63
(25 - 29)	95	60,13
(30 - 34)	44	27,85
(35 - 39)	10	6,33
(40 - 45)	8	5,06
TOTAL	158	100

Fuente: Base de datos.

La distribución según grupo etario revela que la muestra cursa en su mayoría con médicos entre 25-35 años (84,7%) y en menor cantidad de 35-45 años (14,5%), solo 1 persona tiene menos de 25 años de edad (0,6%).

www.bdigital.ula.ve

TABLA N.5**DISTRIBUCIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN GÉNERO**

GENERO	SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE					
	NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
FEMENINO	44	27,8	34	21,5	78	49,4
MASCULINO	56	35,4	24	15,2	80	50,6
TOTAL	100	63,3	58	36,7	158	100

Fuente: Base de datos.

Con respecto a la distribución de SII según genero podemos observar una positividad de 58 individuos de los cuales el 21,5% son de sexo femenino y 15,2% de sexo masculino.

TABLA N.6

DISTRIBUCIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE					
	NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
(20 - 24)	--	-	1	0,6	1	0,63
(25 - 29)	59	37,34	36	22,78	95	60,13
(30 - 34)	31	19,62	13	8,22	44	27,84
(35 - 39)	5	3,16	5	3,16	10	6,32
(40 - 45)	5	3,16	3	1,89	8	5,05
TOTAL	100	63,3	58	36,7	158	100

Fuente: Base de datos.

Con respecto a la distribución de SII según grupo etario se observa 49 médicos afectados en un rango de 25-34 años (31%) y una presencia de 5,05% en el rango etario de 35 a 45 años.

TABLA N.7

DISTRIBUCIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN TIPO DE POSTGRADO EN RESIDENTES

POSTGRADO	Síndrome de Intestino Irritable					
	NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
	FRE	%	FREC.	%	FRE	%
Endocrinología	4	2,5	3	1,9	7	4,4
Cirugía general	6	3,8	3	1,9	9	5,7
Gastroenterología	1	,6	1	,6	2	1,3
Cardiología	4	2,5	3	1,9	7	4,4
Anestesiología	12	7,6	3	1,9	15	9,5
Psiquiatría	5	3,2	-	--	5	3,2
Neumonología	2	1,3	4	2,5	6	3,8
Pediatría	5	3,2	4	2,5	9	5,7
UCI	4	2,5	2	1,3	6	3,8
Radiología	5	3,2	6	3,8	11	7,0
Traumatología	9	5,7	2	1,3	11	7,0
Ginecología	13	8,2	7	4,4	20	12,7
Oftalmología	3	1,9	2	1,3	5	3,2
Medicina Interna	11	7,0	7	4,4	18	11,4
Fisiatría	2	1,3	2	1,3	4	2,5
Medicina de familia	3	1,9	1	,6	4	2,5
Hematología	2	1,3	3	1,9	5	3,2
Nefrología	3	1,9	1	,6	4	2,5
Neurocirugía	3	1,9	2	1,3	5	3,2
Neurología	3	1,9	2	1,3	5	3,2
TOTAL	100	63,3	58	36,7	100,0	

Fuente: Base de datos

Con respecto a la relación del SII con respecto al postgrado en curso se observa la presencia de 4,4% de positividad en Medicina Interna y Ginecología, por otra parte servicios como Nefrología con (0,6%) y Psiquiatría con (0%) cursan con baja prevalencia.

TABLA N.8

DISTRIBUCIÓN DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE SEGÚN AÑO DE RESIDENCIA

AÑO DE RESIDENCIA	Síndrome de Intestino Irritable					
	NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
1	30	19,0	20	12,6	50	31,6
2	28	17,7	21	13,3	49	31,0
3	38	24,1	16	10,1	53	33,6
4	4	2,5	--	0,0	4	2,5
5	1	0,0	1	,6	2	1,2
TOTAL	100	63,3	58	36,7	158	100

Fuente: Elaboración Propia

Según el año de residencia de los médicos en este estudio, lo más resaltante es que se logra observar positividad de SII un 20 residentes de primer año, 21 de segundo y 16 tercero, con un considerable descenso en los años posteriores.

TABLA N.9

DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN FIBRA SEGÚN GÉNERO

	Consumo de Alimentos Ricos en fibra							
	Baja		Moderada		Óptima		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Femenino	32	20,02	32	19,89	14	9,73	78	49,64
Masculino	46	28,77	28	17,40	6	4,17	80	50,34
TOTAL	78	48,8	60	37,3	20	13,9	158	100,0

Fuente: Elaboración Propia

El consumo de alimentos ricos en fibra en sexo femenino varia (optimo 9,73% y bajo en un 20,02%), diverso al del sexo masculino cuyo porcentaje de consumo óptimo es de 4,17 y en un 28,77% es insuficiente.

www.bdigital.ula.ve

TABLA N.10

DISTRIBUCIÓN DE CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN FIBRA SEGÚN GRUPO ETARIO

Grupo Etario	Consumo de Alimentos Ricos en fibra							
	Baja		Moderada		Óptima		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
(20 – 24)	--	--	1	0,6%	--	--	1	0,63
(25 – 29)	50	31,64%	35	22,15%	10	6,32%	95	60,13
(30 – 34)	22	13,92%	18	11,38%	04	2,53%	44	27,84
(35 – 39)	04	2,52%	03	1,89%	03	1,89%	10	6,32
(40 – 45)	02	1,26%	03	1,89%	03	1,89%	8	5,05
TOTAL	78	49,34%	60	37,91%	20	12,63%	158	100

FUENTE: Base de datos.

El consumo de alimentos con fibra asociado a grupos etarios específicos revela un consumo bajo (45,56%) en el rango de 25-35 años; mientras que el consumo óptimo se observo un 8,85% en el mismo grupo de edad.

TABLA N.11
DISTRIBUCION DE CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN FIBRA ASOCIADO
CON EL POSTGRADO AL CUAL PERTENECEN

	Consumo de Alimentos ricos en fibra							
	Baja		Moderada		Óptima		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Endocrinología	04	2,53	01	0,63	02	1,26	7	4,42
cirugía general	03	1,89	05	3,15	01	0,63	9	5,67
Gastroenterología	01	0,63	01	0,63	--	-	2	1,26
Cardiología	05	3,16	01	0,63	01	0,63	7	4,42
Anestesiología	07	4,42	06	3,79	02	1,26	15	9,47
Psiquiatría	02	1,26	03	1,89	--	-	5	3,15
Neumonología	04	2,53	02	1,26	--	-	6	3,79
Pediatría	05	3,16	03	1,89	01	0,63	9	5,68
UCI	05	3,16	--	-	01	0,63	6	3,79
Radiología	06	3,79	02	1,26	03	1,89	11	6,94
Traumatología	09	5,69	02	1,26	--	-	11	6,95
Ginecología	08	5,06	11	6,95	01	0,63	20	12,64
Oftalmología	02	1,26	03	1,89	--	-	5	3,15
Medicina Interna	09	5,69	08	5,05	01	0,63	18	11,37
Fisiatría	--	-	03	1,89	01	0,63	4	2,53
Medicina de Familia	01	0,63	01	0,63	02	1,26	4	2,53
Hematología	03	1,89	02	1,26	--	-	5	3,15
Nefrología	02	1,26	02	1,26	--	-	4	2,52
Neurocirugía	02	1,26	01	0,63	02	1,26	5	3,15
Neurología	--	-	03	1,89	02	1,26	5	3,15
Total	78	49,34	60	37,91	20	12,63	158	100

Fuente: Base de datos.

La asociación entre consumo de fibra y el postgrado al cual se pertenezca cursa con un predominio marcado para la baja ingesta (49,34%) principalmente representado por el servicio de Medicina Interna y Traumatología (5,69% c/u) el consumo moderado en total goza de un 37,91% y el consumo óptimo solo con un 12,63%.

TABLA N.12
PRESENCIA DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN MEDICOS RESIDENTES
DEL I.A.H.U.L.A

AGOTAMIENTO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	13	8,2
Moderado	63	39,9
Grave	82	51,9
TOTAL	158	100,0

Fuente: Base de datos.

El 51,9% de los residentes de postgrados en general cursan con un grave agotamiento emocional, además el 39,9% admite tener un agotamiento emocional Moderado y solo el 8,2% manifiesta un Agotamiento Leve.

TABLA N.13
PRESENCIA DE DESPERSONALIZACIÓN EN MEDICOS RESIDENTES DEL
I.A.H.U.L.A.

DESPERSONALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	46	29,11
Moderado	53	33,54
Grave	60	37,97
TOTAL	158	100,0

Fuente: Base de datos.

En cuanto a la despersonalización no existe una tendencia hacia algún nivel entre Leve, Moderado y Grave, es decir, las opiniones están repartidas de forma equitativa entre las tres modalidades de Despersonalización, La modalidad con mayor porcentaje es Grave con un 37,9%, moderado con 33,53% y por último leve con 29,11%.

TABLA N.14**PRESENCIA DE REALIZACIÓN PERSONAL EN MEDICOS RESIDENTES DEL I.A.H.U.L.A.**

REALIZACIÓN PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	102	64,5
Moderado	46	29,11
Grave	10	6,32
TOTAL	158	100,0

Fuente: Elaboración Propia

El 35,43% de los residentes de postgrados universitarios del IAHULA cursa con afectación de su realización personal, 29,11% a nivel moderado y solo un 6,32% de manera grave.

www.bdigital.ula.ve

TABLA N.15**DISTRIBUCIÓN DE NIVEL DE ESTRÉS LABORAL EN MEDICOS RESIDENTES DEL I.A.H.U.L.A.**

ESTRÉS LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Leve	13	8,22%
Moderado	62	39,24%
Grave	83	52,53%
TOTAL	158	100,0

Fuente: Base de datos.

El 52,53% de los médicos residentes opinan que el nivel de estrés que presentan es grave. Solo el 8,22 de toda la muestra cursa con niveles leves de estrés laboral, el nivel moderado es representado por el 39,24%.

TABLA N.16

**ASOCIACION DE ESTRÉS LABORAL EN MEDICOS RESIDENTES CON EL
POSTGRADO AL CUAL PERTENCEN**

POSTGRADO	Nivel de estrés laboral							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Endocrinología	1	0,63	4	2,53	2	1,26	7	4,42
Cirugía general	2	1,26	5	3,16	2	1,26	9	5,69
Gastroenterología	-	--	1	0,63	1	0,63	2	1,26
Cardiología	-	--	3	1,89	4	2,53	7	4,42
Anestesiología	1	0,63	1	0,63	13	8,19	15	9,49
Psiquiatría	-	--	3	1,89	2	1,26	5	3,16
Neumonología	-	--	4	2,53	2	1,26	6	3,79
Pediatría	1	0,63	3	1,89	5	3,16	9	5,69
UCI	1	0,63	2	1,26	3	1,89	6	3,79
Radiología	2	1,26	4	2,53	5	3,16	11	6,96
Traumatología	1	0,63	3	1,89	7	4,43	11	7,58
Ginecología	1	0,63	11	6,96	8	5,06	20	12,65
Oftalmología	-	--	3	1,89	2	1,26	5	3,16
Medicina Interna	-	--	6	3,79	12	7,59	18	10,75
Fisiatría	-	--	3	1,89	1	0,63	4	2,53
Medicina de familia	1	0,63	2	1,26	1	0,63	4	2,53
Hematología	-	--	2	1,26	3	1,89	5	3,16
Nefrología	-	--	-	--	4	2,53	4	2,53
Neurocirugía	-	--	1	0,63	4	2,53	5	3,16
Neurología	2	1,26	1	0,63	2	1,26	5	3,16
TOTAL	13	8,22	62	39,24	83	52,54	158	100

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que es muy poco probable que un residente tenga niveles de estrés leve en los distintos tipos de postgrado del IAHULA. La mayoría de los postgrados presentan altas porcentajes de estrés grave, los más notorios son: Anestesiología, Medicina Interna, Traumatología y Ginecología.

TABLA N.17

DISTRIBUCIÓN DE ESTRÉS LABORAL ASOCIADO A EL AÑO DE RESIDENCIA EN CURSO

Año de Residencia	Nivel de Estrés Laboral							
	Leve		Moderado		Grave		Total	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Primero	4	2,52	20	12,6	26	16,45	50	31,6
Segundo	4	2,52	11	6,96	34	21,52	49	31
Tercero	4	2,52	29	18,35	20	12,66	53	33,6
Cuarto	1	0,63	2	1,26	1	0,63	4	2,5
Quinto	-	-	-	-	2	1,26	2	1,2
TOTAL	13	8,22	62	39,24	83	52,54	158	100

Fuente: Base de datos.

Como se observo anteriormente la predisposición de la muestra es hacia el nivel de estrés grave; con respecto a los años de estudio podemos afirmar que primero y segundo año cursan con mayor porcentaje del mismo (16,45% y 21,52%) respectivamente y los residentes de tercer año cursan con mayor estrés laboral moderado (18,35%).

TABLA N.18

**ASOCIACION ENTRE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y PRESENCIA
DE ESTRÉS LABORAL**

Síndrome de Intestino Irritable						
NIVEL DE ESTRÉS	NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
	FRE	%	FREC.	%	FRE	%
Leve	7	4,43	6	3,79	13	8,23
Moderado	36	22,78	26	16,45	62	39,24
Grave	57	36,08	26	16,45	83	52,53
TOTAL	100	63,3	58	36,7	158	100

En esta tabla podemos relacionar variables importantes como el Síndrome Intestino Irritable y el nivel de estrés laboral, observándose que de la totalidad de muestra con SII (58 residentes) cursan con niveles de estrés moderado y severo en la gran mayoría de los casos (32,9%).

TABLA N.19

**ASOCIACION ENTRE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE Y CONSUMO
ADECUADO DE FIBRA**

Consumo de Fibra	Síndrome de Intestino Irritable					
	NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
	FREC	%	FREC	%	FREC	%
Baja	40	25,32	38	24,04	78	49,34
Moderado	48	30,38	12	7,59	60	37,91
Óptimo	13	8,22	7	4,42	20	12,63
TOTAL	100	63,3	58	36,7	158	100

Fuente: Base de datos.

La asociación entre el consumo de fibra y síndrome de intestino irritable en este caso es significativa, ya que de la totalidad de positivos para SII (36,7%) el consumo de fibra presentado es (bajo: 24,04%, moderado: 7,59% y óptimo solo 4,42%).

El sistema de hipótesis es el siguiente:

Ho: existe independencia entre el SII y los niveles de Consumo de Fibra
Vs

Ha: existe dependencia entre el SII y los niveles de consumo de fibra

TABLA N° 20

PRUEBA DE INDEPENDENCIA ENTRE SII Y CONSUMO DE FIBRA

	Valor	gl	p _ valor
Chi-cuadrado de Pearson	10,992 ^a	2	,004

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el p-valor es menor que 0,05, por lo tanto se rechaza, con un nivel de significancia del 5% (nivel de confianza del 95%), la hipótesis nula de independencia entre el Síndrome de Intestino irritable y los niveles de consumo de fibra, es decir se acepta la hipótesis de que existe dependencia estadística entre el SII y los niveles de consumo de fibra.

El sistema de hipótesis es el siguiente:

Ho: existe independencia entre el SII y los niveles de Estrés.
Vs

Ha: existe dependencia entre el SII y los niveles de Estrés

TABLA N° 21

PRUEBA DE INDEPENDENCIA ENTRE SII Y ESTRÉS

	Valor	gl	p _ valor
Chi-cuadrado de Pearson	,875 ^a	2	,646

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que el p-valor es mayor que 0,05, por lo tanto no se rechaza la hipótesis nula, es decir, no existe evidencias en la muestra para rechazar la afirmación que existe independencia entre el Síndrome de Intestino Irritable y el estrés laboral.

DISCUSION Y ANALISIS DE RESULTADOS

El Síndrome de Intestino Irritable es una patología muy común, ampliamente estudiado alrededor del mundo, con múltiples factores de riesgo entre los cuales se destaca el adecuado consumo de fibra en la dieta y la presencia de eventos psicosociales en el transcurso de la vida; tomando en cuenta los resultados de los estudios epidemiológicos nacionales e internacionales se investigó sobre la asociación de ambos factores de riesgo y su relación o no con la presencia de esta patología en nuestra casa de estudio.

Con respecto a la población en estudio se realizó un muestreo equitativo estratificado (previamente descrito) con asignación proporcional al número total de la población, con una totalidad de 158 residentes seleccionados, de los cuales según su distribución por género fue equitativa entre sexo femenino y masculino.

En la distribución según el grupo etario se observa una gran cantidad entre la población de 25 a 30 años, lo cual se relaciona con el temprano inicio de los estudios de postgrado.

Al realizar la distribución con respecto al año de estudio debemos considerar que no todos los postgrados tienen la misma duración, ya que hay especialidades de dos años (UCI), de 4 años (CRG y TRM) y de 5 años (NCR) lo cual produce dishomogeneidad de la muestra, sin embargo en el presente estudio se estipula una mayor presencia de residentes de los primeros años, lo cual se explica por la mayor cantidad de postgrados de 3 años de estudio.

De la muestra total estudiada se diagnosticó positividad del SII en un (36,7%), en el sexo femenino, siendo predominante con respecto al masculino, lo cual se asemeja a los estudios nacionales e internacionales.¹⁰⁻¹¹⁻²⁹⁻³⁰⁻³¹

El grupo etario que mostró mayor positividad con SII fue entre 25 y 30 años, lo cual es contrastante al estudio publicado previamente por Rivas Adrianys y cols cuya muestra reveló un grupo etario de 43 años²⁹.

La asociación de SII según el postgrado en estudio es muy diversa, presentándose con mayor frecuencia en servicios como Anestesiología, Medicina Interna, Ginecología, por encima de otros, lo cual puede explicarse por el mayor nivel de estrés que se maneja en áreas de hospitalización, emergencia o quirófano, así como la diversidad de patologías y el número de usuarios, los cuales contrastan con respecto a otras especialidades, provocando altos niveles de estrés y alteraciones dietéticas.

El periodo de residencia es otro factor importante, en el cual se puede observar un mayor número de afectados con SII durante los primeros tres años de estudio (en mayoría en segundo), esto se pudiese explicar porque la cantidad de residentes es mucho mayor en estos grupos en contraste con cuarto y quinto año.

El consumo de fibra es una variable importante en este trabajo de investigación, el cual ha revelado un deficiente consumo de la misma por parte del personal médico, se reportó consumo bajo en un 48,8% de los residentes (predominando el género masculino) y solo el 13,9% tiene un consumo adecuado de fibra dietética (con predominio en el género femenino)¹⁵⁻¹⁶⁻²⁶

La trasgresión alimentaria es común en el ambiente hospitalario, particularmente en el personal de médicos residentes, lo cual, fue corroborado en este estudio presentando consumo de fibra dietética bajo en un 49,34%, y óptimo solo en 12,63%, lo cual es un coadyuvante a la aparición de SII.

El nivel de estrés laboral es un valor muy importante para el adecuado desenvolvimiento del personal médico en su ambiente de trabajo, particularmente en este estudio se reportaron niveles de estrés leve en 8,22 %, moderado en 39,24 %, y alto en 52,53%, lo cual es un factor de riesgo de padecer SII.²⁹

Con respecto a los marcadores individuales del estrés laboral observamos que en el agotamiento emocional en los médicos residentes es grave en un 51,9%, los niveles de despersonalización es muy elevada (grave en un 39,2%), con un nivel de realización personal predominantemente leve (64,5%).

Entre la relación de las variables principales podemos observar que el SII está asociado fuertemente con el consumo de fibra, de la totalidad de los casos positivos, (una gran mayoría cursan con baja ingesta de fibra), lo cual en esta investigación es estadísticamente significativo ($p < 0,005$).

La relación entre SII y estrés laboral en este estudio es muy importante, ya que, de la totalidad de la muestra diagnosticada con SII un 32% cursa con niveles moderados y graves de estrés laboral, sin embargo, la alta prevalencia del mismo en pacientes que no cursaron con SII indica que en esta investigación dicha correlación no es estadísticamente significativa ($p > 0,005$).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

- 1) El 36,7% de la población en estudio cursa con Síndrome Intestino Irritable según los criterios de Roma III.
- 2) El género femenino fue predominante en la prevalencia del SII.
- 3) El grupo etario que presentó mayor prevalencia de SII fue el comprendido entre 25 y 30 años de edad.
- 4) Los postgrados universitarios del IAHULA que mostraron mayor porcentaje de SII fueron Ginecología y Medicina Interna.
- 5) Los primeros años de residencia de postgrado (primero y segundo) son los que presentan más prevalencia de SII en el estudio.
- 6) El personal de médicos residentes del IAHULA cursa con severo déficit de consumo de fibra dietética, lo cual es un factor de riesgo para padecer de SII.
- 7) El nivel de estrés laboral en los médicos residentes de postgrado del IAHULA es predominantemente grave.
- 8) Existe una estrecha relación entre SII y consumo de fibra, siendo estadísticamente significativa.
- 9) Aunque la presencia de nivel elevado de estrés laboral se observó en la mayoría de los residentes con SII, también hubo una gran prevalencia de estrés en residentes que no cursaban con patología intestinal, lo cual indica que la relación no es estadísticamente significativa.

RECOMENDACIONES

- 1) Establecer un plan para la detección y control de factores de riesgo para diagnóstico precoz de SII en el personal de salud.
- 2) Intervención de personal Médico especializado y Nutricionistas para fomentar la iniciativa de prevención primaria en enfermedades gastrointestinales.
- 3) Instaurar un sistema de evaluación por médicos especializados en Psiquiatría para el manejo del estrés laboral en personal médico en caso de ser necesario.
- 4) Fomentar una adecuada alimentación con adecuado consumo de fibra a través de valoración especializada por nutricionistas.

www.bdigital.ula.ve

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Longstreth GF. Definition and clasification of irritable bowel síndrome: current consensus and controversies. *Gastroenterol Clin North Am* 2005; 34(2):173-87.
2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130(5):1480-91.
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable síndrome. *Gastroenterology* 1991;101(4):927-34
4. Drossman DA, Camillieri M, Mayer EA, et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123(6):2108-31.
5. Drossman DA. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Neurogastroenterology*. Berlin: Walter de Gruyter, 1996; p. 33-40.
6. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113:828-33.
7. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Gastrointestinal tract symptoms and self-report abuse: a population based study. *Gastroenterology* 1994; 107:1040-9.
8. Rey E, Díaz-Rubio M. Prevalencia de hipersensibilidad en el síndrome de intestino irritable y sus subgrupos clínicos. *Rev Esp Enferm Dig* 2002; 94: 247-232.
9. Chey WY, Jin HO, Lee MH, Sun SW, Lee KY. Colonic motility abnormality in patients with irritable bowel syndrome exhibiting abdominal pain and diarrhea. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1499-1506.
10. Valenzuela J, Alvarado J. Un consenso latinoamericano sobre intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol* 2004;27(5):325-43.

11. Mearin F, Perelló A, Balboa A. Síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal: ¿el eslabón perdido en el espectro de la inflamación? En: Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Ed. M.A. Gassull, A. Obrador, F. Gomollón, J. Hinojosa. Arán Ediciones, S. L. Madrid 2007.
12. Romero Jenny. Síndrome intestino irritable: prevalencia y estrés. GEN 2009;63(3): 156
13. Drossman D. Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? Am J Med 1999; 107 (5A): 41S-50S.
14. Rey E. La dieta y el síndrome de intestino irritable ¿no pero sí? ¿sí pero no? An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 575-576.
15. Parisi C.G y Cols. High fiber diet supplementation in patients with irritable bowel síndrome. (PHGG). Dig Dis Sci; 47(8):1697-704.
16. Aller R, de Luis DA, Izaola O, La Calle F, del Olmo L, Fernández L, Arranz T. Patrón de ingesta en un grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable: Relación de la ingesta de fibra con los síntomas. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 577-580.
17. Francis CY, Whorwell PJ. Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. Lancet 1994; 344: 39-40.
18. Valenzuela J, Alvarado J. Un consenso latinoamericano sobre intestino irritable. Gastroenterol Hepatol 2004;27(5):325-43.
19. Mearin Fermin, Síndrome intestino irritable: nuevos criterios de Roma III. Med Clin (Barc). 2007; 128(9):335-43.
20. Morales Lindo Cinthya, Nivel de estrés laboral de enfermeras que laboran en áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú. 2007

21. González V. El médico con burnout: conceptos básicos y habilidades practicas para el médico de familia. Semergen 2004; 15-20.
22. Jelves Wilke Carolina. Validez del Maslach Burnout Inventory human services en profesionales chilenos. Ciencia y Trabajo 2011; 176-180
23. García Peris P, Velazco Gimeno, Evolución en el conocimiento de la fibra. Nutr Hosp. 2007; 22:20-5.
24. García Ochoa Omar Eduardo, Benito, Ramón. Hacia una definición de la fibra alimentaria. Anales Venezolanos de Nutrición 2008; Vol. 21 (1): 25-30.
25. Montse Vilaplana. Aspectos nutricionales y terapéuticos de la fibra dietética. Offarm, Febrero 2001; 96-100.
26. Meisner Nadia y cols. Fibra alimentaria: Consumo en estudiantes universitarios y asociación con síndrome de intestino irritable. INVENIO 14 (26) 2011: 91-100.
27. Chávez, N. (2004). *Introducción a la investigación educativa*. Venezuela. Talleres de Gráficas González.
28. Hernández R., Fernández C. y Baptista, P. (2005). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw-Hill. México.
29. Rivas, Adrianys y cols. Prevalencia del síndrome de intestino irritable y la relación del estrés laboral con esta patología en los médicos especialistas de dos centros hospitalarios y uno imagenológico de Maracay edo. Aragua. Venezuela 2008. GEN, 2009; 177-182.
30. Rivas Adrianys, Pandolfo Raffaele, Síndrome de intestino irritable, según criterios de ROMA II, en estudiantes de medicina de la escuela José María Vargas de la UCV. GEN; Mayo 2005; 302-305.

31. Campos Gisela, León Raúl, Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto en Lima. Rev. Gastroenterología de Perú; 2001, vol. 21.
32. Chávez P. José F. Tabla de composición de alimentos para uso práctico. Publicación N° 52 serie cuadernos azules, Caracas-Venezuela; 1999.

www.bdigital.ula.ve

ANEXOS

Anexo N° 1

ESCALA DE MASLACH (ESTRÉS LABORAL)

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

AFIRMACIONES	0	1	2	3	4	5	6
1) Me siento emocionalmente agotado con mi trabajo							
2) Me siento cansado al final de la jornada de trabajo							
3) Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar							
4) Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes							
5) Creo que trato algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
6) Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo							
7) Trato muy eficazmente los problemas de mis pacientes							
8) Me siento agotado por mi trabajo							
9) Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes							
10) Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión							
11) Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente							
12) Me siento muy activo							
13) Me siento frustrado en mi trabajo							
14) Creo que estoy trabajando demasiado							
15) Realmente no me preocupa lo que le ocurra a mis pacientes							
16) Trabajar directamente con personas me produce satisfacción							
17) Puedo crear fácilmente una atmosfera relajada con mis pacientes							
18) Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes							
19) He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión							
20) Me siento acabado							
21) En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma							
22) Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas							

Anexo N° 2

ENCUESTA NUTRICIONAL								
Consumo de comidas principales diarias		SI ()			NO ()			
Cuales:								
Intolerancia a algún alimento		SI ()			NO ()			
Cual:								
FAVOR RESPONDA CON QUE FRECUENCIA CONSUME LOS SIGUIENTES ALIMENTOS								
Carnes rojas	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Aves	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Huevos	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Carne de Cerdo	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Pescado	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Leche y sus derivados	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Frituras	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Comida Chatarra	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Pan Integral	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Pan blanco	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Avena	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Harina de Maíz	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Arroz	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Frijoles, (Carraotas negras, blancas o rojas), Lentejas	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Frutas	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Jugos Naturales	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Gaseosas	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Ensaladas crudas	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Ensaladas cocidas	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Verduras (Papas, yuca, apio, ocumo, plátano)	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Chucherías	Diario	<input type="checkbox"/>	Semanal	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>
Consumo de agua diario	< 2 vasos	<input type="checkbox"/>	4-6 Vasos	<input type="checkbox"/>	6-8 vasos	<input type="checkbox"/>	8-12 Vasos	<input type="checkbox"/>

Anexo N° 3

INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA

Encuesta N.			Edad:
Nombre:			Apellido:
Sexo:			Postgrado:
Procedencia:			Año de residencia:
FAVOR RESPONDA SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS			
Dolor o molestia abdominal recurrente al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses:			
SI ()		NO ()	
Mejoría con la defecación			
SI ()		NO ()	
Comienzo coincidente con cambio en la frecuencia de las deposiciones			
SI ()		NO ()	
Comienzo coincidente con cambio en la consistencia de las deposiciones			
SI ()		NO ()	
Hábitos Alcohólicos		SI ()	NO ()
Hábitos Tabáquicos		SI ()	NO ()
Semanal ()	Quincenal ()	Mensual ()	Especifique: _____
Hábitos Chimoicos		SI ()	NO ()
Consumo de drogas de abuso		SI ()	NO ()
Especifique: _____			
Consumo de medicamentos		SI ()	NO ()
Cuales: _____			

Anexo N° 4

CANTIDAD DE FIBRA POR CADA 100 g de ALIMENTOS

Alimento	Cantidad (g)	Fibra Dietética	
		Total	Insoluble
Pan de trigo integral	100	6,2	0
Hojuelas de Avena	100	10,2	8
Harina pre-cocida de maíz blanco	100	2,5	1,8
Arroz Blanco Cocido (sancochado)	100	0,4	0
Zanahoria	100	2,2	1,5
Plátano maduro	100	1,9	0
Arvejas secas cocidas	100	5,5	4,7
Caraotas negras cocidas	100	9,7	8,1
Caraotas rojas cocidas	100	8,1	6,9
Manzana criolla	100	1,5	0
Manzana importada	100	1,9	0
Melocotón	100	3	0
Melón	100	0,3	0
Lechosa	100	1,5	0
Durazno criollo	100	1,6	0,9
Cambur manzano	100	3,4	0
Mora-Zarzamora	100	3,2	0
Guayaba colorada o rosada	100	3,5	0
Piña	100	5,7	5,3
Tomate perita	100	1,4	0,9
Cebolla	100	2,1	0
Lechuga	100	2,6	0
Tomate manzano	100	1,3	1
Zanahoria	100	2,2	1,5
Vainita	100	4,3	3,8
Pepino	100	0,8	0,5
Repollo blanco	100	2	1,4
Repollo morado	100	3,6	1,8
Calabacín	100	0,8	0,6
Coliflor	100	4,1	3,9
Brócoli	100	4,4	4,2
Papa cocida	100	1,3	0,6
Yuca cocida	100	2,4	1,3
Ocumo cocido	100	2,4	1,7
Plátano maduro frito (tajadas)	100	5,2	0
Plátano verde, tostones de	100	13,5	0
Papas fritas	100	3,6	0
Apio cocido	100	1,6	0,9

Fuente: Chávez P. José F. Tabla de composición de alimentos para uso práctico. Publicación N° 52 serie cuadernos azules, Caracas-Venezuela; 1999.