

# Efecto de la rifaximina sobre la calidad de vida en síndrome de intestino irritable con sobrecrecimiento bacteriano

## Effect of Rifaximin on Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome and Small Intestinal Bacterial Overgrowth

Faruk Hernández-Sampayo,<sup>1\*</sup>  Ismael Yepes-Barreto,<sup>2</sup>  Fernando García-del Risco.<sup>3</sup> 

### ACCESO ABIERTO

#### Citación:

Hernández-Sampayo F, Yepes-Barreto I, García-del Risco F. Efecto de la rifaximina sobre la calidad de vida en síndrome de intestino irritable con sobrecrecimiento bacteriano. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(4):441-449.

<https://doi.org/10.22516/25007440.1381>

<sup>1</sup> Cirujano general, especialista en Gastroenterología y Endoscopia, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

<sup>2</sup> Médico especialista en Gastroenterología y Hepatología, especialista en Diseño y Estadística en Ciencias de la Salud, maestría en Metodología de la Investigación en Ciencias de la Salud, doctorado en Ciencias Biomédicas. Cartagena, Colombia.

<sup>3</sup> Médico especialista en Gastroenterología. Docente, Universidad de Cartagena. Cartagena, Colombia.

\*Correspondencia: Faruk Hernández Sampayo.  
Faruk\_hdez@hotmail.com

Fecha recibido: 28/05/2025  
Fecha aceptado: 09/12/2025

### Resumen

**Introducción:** el síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno gastrointestinal crónico cuya fisiopatología involucra múltiples factores, incluida la alteración del microbiota intestinal. El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado (SIBO) puede coexistir con el SII y agravar sus síntomas, lo que afecta negativamente la calidad de vida. **Objetivo:** evaluar el impacto del tratamiento con rifaximina sobre la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de SII y SIBO, utilizando la escala validada IBS-QoL y los criterios de Roma IV. **Metodología:** estudio cuasiexperimental realizado en un centro de gastroenterología en Cartagena, Colombia, entre junio de 2023 y enero de 2024. Se incluyeron pacientes diagnosticados con SII según los criterios de Roma IV con una prueba de aliento positiva para SIBO. Recibieron rifaximina 550 mg cada 8 horas durante 14 días. La calidad de vida se evaluó antes y después del tratamiento con la escala IBS-QoL. **Resultados:** participaron 71 pacientes con diagnóstico confirmado de SIBO. La media de edad fue de 48,6 años y el 81,8% fueron mujeres. Despues del tratamiento, se observó una mejoría significativa en la calidad de vida ( $p < 0,001$ ) y en los síntomas principales, especialmente distensión abdominal, hinchazón y flatulencias. Un 26,7% de los pacientes no mostró mejoría. **Conclusión:** el presente estudio sugiere que el tratamiento con rifaximina se asocia a una mejoría sintomática y en la calidad de vida en pacientes con SII y SIBO, particularmente en aquellos con distensión abdominal.

### Palabras clave

Síndrome de intestino irritable, intestino, calidad de vida, microbiota.

### Abstract

**Introduction:** Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic gastrointestinal disorder with a multifactorial pathophysiology, including alterations in the gut microbiota. Small intestinal bacterial overgrowth (SIBO) may coexist with IBS and exacerbate symptoms, adversely affecting quality of life. **Objective:** To evaluate the impact of rifaximin therapy on quality of life in patients diagnosed with IBS and SIBO, using the validated IBS-QoL instrument and Rome IV criteria. **Methods:** A quasi-experimental study was conducted at a gastroenterology center in Cartagena, Colombia, between June 2023 and January 2024. Patients with IBS diagnosed through Rome IV criteria and a positive breath test for SIBO were included. Participants received rifaximin 550 mg every 8 hours for 14 days. Quality of life was assessed before and after treatment using the IBS-QoL scale. **Results:** Seventy-one patients with confirmed SIBO were enrolled. The mean age was 48.6 years, and 81.8% were women. Following treatment, a significant improvement in quality-of-life scores was observed ( $p < 0.001$ ), along with a reduction in major symptoms—particularly abdominal distension, bloating, and flatulence. A total of 26.7% of participants reported no improvement. **Conclusion:** The study suggests that rifaximin therapy is associated with symptomatic improvement and enhanced quality of life among patients with IBS and SIBO, with the greatest benefit observed in those presenting with abdominal distension.

### Keywords

Irritable bowel syndrome, intestine, quality of life, microbiota.



## INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal caracterizado por dolor abdominal crónico o recurrente asociado con alteraciones del hábito intestinal, en ausencia de una causa orgánica demostrable. A nivel mundial, la prevalencia del SII se estima en un 11,2%, con predominio en el sexo femenino; en América Latina, varía entre un 6,98% y un 24%, dependiendo de los criterios de Roma utilizados<sup>(1)</sup>. Según el estudio global de epidemiología de la Fundación ROMA, que incluyó 33 países, la prevalencia del SII utilizando criterios de Roma IV es del 4,1%, con una prevalencia estimada para Latinoamérica del 4,25% y para Colombia del 4,3%, cifras considerablemente menores a las obtenidas con Roma III debido a la mayor especificidad diagnóstica de Roma IV<sup>(2)</sup>.

El diagnóstico del SII se basa en los criterios de Roma IV, los cuales permiten clasificarlo según el patrón de síntomas predominante en los subtipos: SII con predominio de diarrea (SII-D), estreñimiento (SII-E), mixto (SII-M) o no clasificable (SII-NC)<sup>(1)</sup>. El SII constituye una de las diez causas más frecuentes de consulta en los servicios de gastroenterología y atención primaria, afecta significativamente la calidad de vida y genera un alto costo en salud pública<sup>(3)</sup>. Es una enfermedad multifactorial, en la cual la interacción entre el eje intestino-cerebro, la microbiota intestinal, la hipersensibilidad visceral, el estrés y factores genéticos contribuyen a su desarrollo y perpetuación<sup>(4,5)</sup>.

Estudios recientes han demostrado que la microbiota intestinal desempeña un papel fundamental en la fisiopatología del SII, influyendo en su curso clínico y predisponiendo a la cronicidad<sup>(6)</sup>. Entre los mecanismos propuestos se encuentra la disbiosis intestinal, definida como el desequilibrio en la composición y función de las bacterias intestinales. Esta alteración puede contribuir a los síntomas del SII, por lo que la presencia de sobrecrecimiento bacteriano en intestino delgado (SIBO) debe considerarse un posible factor contribuyente<sup>(7)</sup>.

El SIBO se caracteriza por una colonización anómala y excesiva de bacterias en el intestino delgado, capaz de generar síntomas como distensión abdominal, flatulencia, dolor, diarrea o estreñimiento<sup>(8)</sup>. El diagnóstico de SIBO se realiza mediante el aspirado y cultivo del intestino delgado, que se considera el método de referencia, cuando se observa un crecimiento bacteriano de  $10^3\text{-}10^5$  unidades formadoras de colonias por mililitro (UFC/mL)<sup>(9)</sup>. Sin embargo, por su complejidad técnica, se utilizan de manera habitual las pruebas de aliento con lactulosa o glucosa, que miden la concentración de hidrógeno ( $\text{H}_2$ ) y metano ( $\text{CH}_4$ ) exhalado luego de la ingesta del sustrato<sup>(10)</sup>.

Diversos estudios han encontrado una alta frecuencia de SIBO en pacientes con SII, lo cual ha llevado a proponer

su evaluación como parte del abordaje diagnóstico integral<sup>(11,12)</sup>. Entre los tratamientos empleados, la rifaximina (un antibiótico no absorbible aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos [FDA]) ha mostrado eficacia en la reducción de síntomas gastrointestinales y en la mejoría de la calidad de vida en pacientes con SII asociado a SIBO<sup>(13-15)</sup>. No obstante, en Latinoamérica existen pocos estudios que hayan evaluado el impacto de la rifaximina sobre la calidad de vida de los pacientes con SII y SIBO, especialmente en la población colombiana<sup>(16)</sup>. Por tanto, el presente estudio tiene como objetivo evaluar el impacto del tratamiento con rifaximina en la calidad de vida de pacientes con SII y SIBO, diagnosticados mediante la prueba de aliento con lactulosa.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuasiexperimental, prospectivo y analítico en un centro de gastroenterología de mediana complejidad en la ciudad de Cartagena, Colombia, entre junio de 2023 y enero de 2024. Se aplicaron intervenciones predefinidas sin grupo comparador (placebo o control), y se evaluó el impacto del tratamiento con rifaximina sobre la calidad de vida mediante mediciones pre- y posintervención.

### Población de estudio

Se incluyeron pacientes mayores de edad (entre 18 y 75 años), atendidos en consulta externa con diagnóstico clínico de SII según los criterios de Roma IV, quienes presentaron una prueba de aliento con lactulosa positiva para SIBO. Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado antes de su participación en el estudio (**Figura 1**).

### Criterios de inclusión

- Edad entre 18 y 75 años.
- Diagnóstico de SII según criterios de Roma IV.
- Prueba de aliento con lactulosa positiva para SIBO.
- Consentimiento informado firmado.

### Criterios de exclusión

- Diagnóstico de enfermedades neurológicas, psiquiátricas o físicas que dificulten la participación en las evaluaciones clínicas (insuficiencia renal, cardíaca o respiratoria, cáncer, infección por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], embarazo).
- Uso de antibióticos o realización de procedimientos endoscópicos durante las cuatro semanas previas a la prueba de aliento.
- Pacientes con valores basales de hidrógeno mayores de 10 partes por millón (ppm).

- Falta de adherencia al tratamiento o pérdida en el seguimiento.

## Justificación del tamaño muestral

Dado que la prevalencia de SIBO en pacientes con SII se estima entre 30% y 50%<sup>(6)</sup>, se estimó un tamaño muestral mínimo de 70 pacientes con diagnóstico confirmado de SIBO, asumiendo un intervalo de confianza del 95% y un error esperado del 10% para detectar un cambio significativo en la escala IBS-QoL. La cantidad final de pacientes incluidos ( $n = 71$ ) cumplió con esta estimación.

## Procedimiento diagnóstico y control de sesgos

Previo a la realización de la prueba de aliento, se recomendó suspender antibióticos (al menos 4 semanas antes); laxantes, probióticos, fibra y medicamentos procinéticos (72 horas previas), y procedimientos como colonoscopias

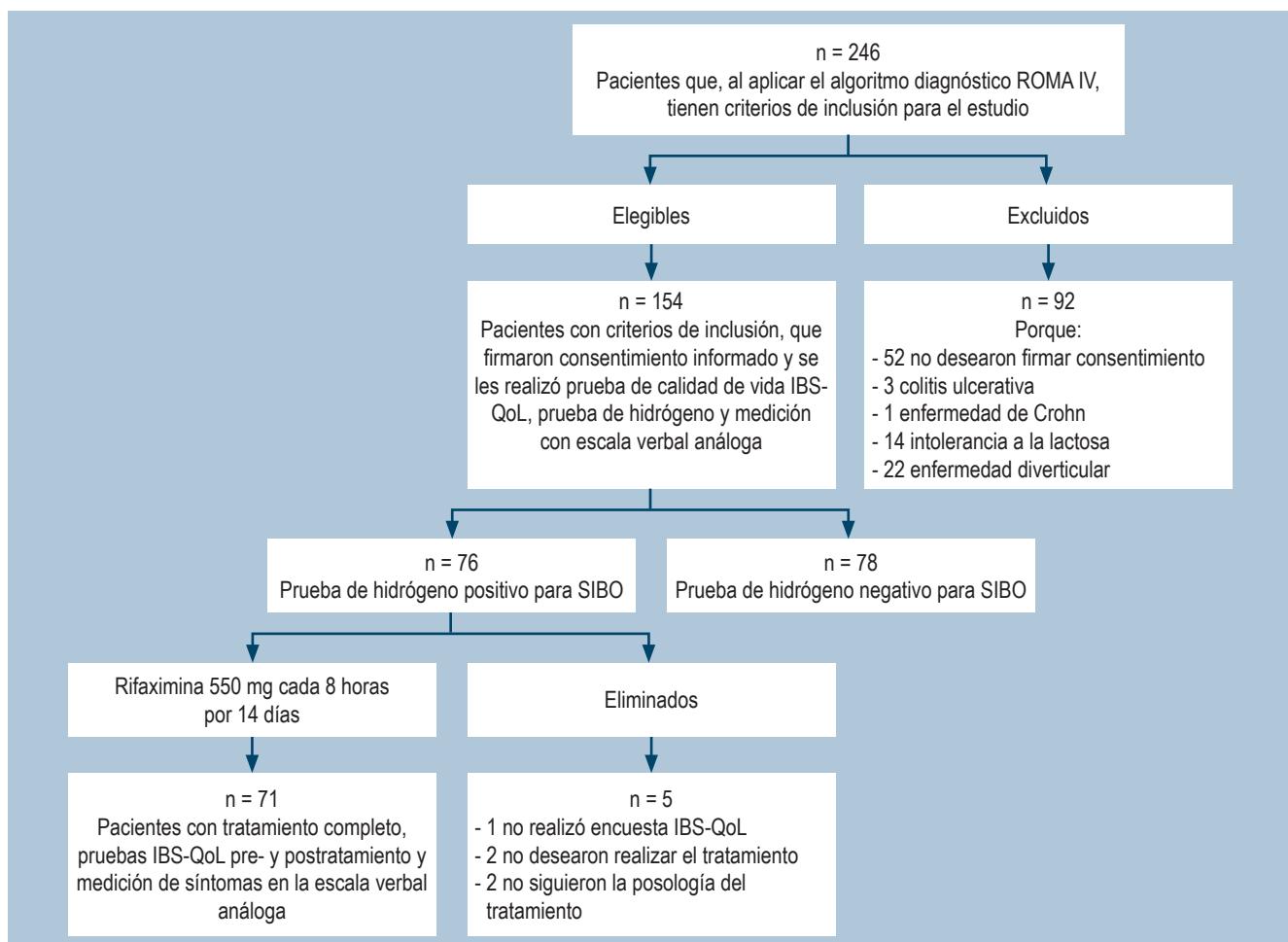
en el mes anterior. Se restringieron ciertos alimentos (lácteos, frutas, legumbres, cebolla, ajo) 24 horas antes de la prueba y se indicó ayuno de al menos 14 horas. También se prohibió fumar o mascar chicle 12 horas antes del examen.

## Prueba de aliento

La prueba consistió en la administración oral de 10 gramos de lactulosa disueltos en 200 mL de agua. Se realizaron mediciones de hidrógeno exhalado a los 20, 40, 60, 80, 100, 120, 140, 160 y 180 minutos. Se consideró prueba positiva:

- Aumento  $\geq 20$  ppm respecto al valor basal dentro de los primeros 80 minutos.
- Elevación  $\geq 10$  ppm asociada a síntomas clínicos floridos como dolor, distensión, flatos, urgencia defecatoria o deposiciones durante el examen.

Se excluyeron pacientes con niveles basales de hidrógeno  $>10$  ppm, por riesgo de falsos positivos.



**Figura 1.** Diagrama de flujo de selección y exclusión de pacientes incluidos en el estudio. Imagen propiedad de los autores.

## Intervención

A todos los pacientes con prueba positiva se les prescribió rifaximina 550 mg cada 8 horas durante 14 días, conforme a las recomendaciones actuales de la FDA. No se administraron otros tratamientos concomitantes. No se realizó una segunda prueba de aliento postratamiento, y la eficacia se evaluó con base en la mejoría sintomática y en la puntuación obtenida en la escala de calidad de vida.

## Evaluación de calidad de vida

Se utilizó la escala IBS-QoL (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life), validada en español y diseñada por el grupo MAPI Research Trust. Esta escala comprende 34 ítems que exploran ocho dimensiones: disforia, interferencia con actividades, imagen corporal, preocupación por la salud, evitación de alimentos, reacción social, función sexual y relaciones interpersonales. Las puntuaciones van de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida). La escala se aplicó al inicio (día de la prueba de aliento) y siete días después de finalizar el tratamiento con rifaximina.

## Evaluación de síntomas

Los síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, consistencia de las heces, distensión, hinchazón y flatos) se evaluaron mediante una escala numérica verbal de 1 a 10 puntos, donde 1 representa ausencia del síntoma y 10 la intensidad máxima experimentada. La consistencia de las heces se evaluó también en escala de 1 (muy líquidas) a 10 (muy duras) (**Figura 2**).

## Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar (DE) y las cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se utilizaron pruebas de Student para muestras relacionadas (antes y después) y pruebas de  $\chi^2$  para comparar las proporciones.

Para evaluar los factores asociados al cambio en la calidad de vida, se realizó un análisis de regresión lineal simple y múltiple. La variable dependiente fue la diferencia entre la puntuación global pre- y postratamiento en la escala IBS-QoL. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . El análisis se realizó utilizando SPSS v15™.

## RESULTADOS

Se evaluó un total de 154 pacientes con diagnóstico clínico de SII, de los cuales 76 (49,3%) presentaron una prueba de aliento positiva para SIBO. Cinco pacientes fueron excluidos del análisis principal: dos por no iniciar el tratamiento, dos por no completarlo y uno por no diligenciar la encuesta posterior al tratamiento. La muestra final quedó constituida por 71 pacientes.

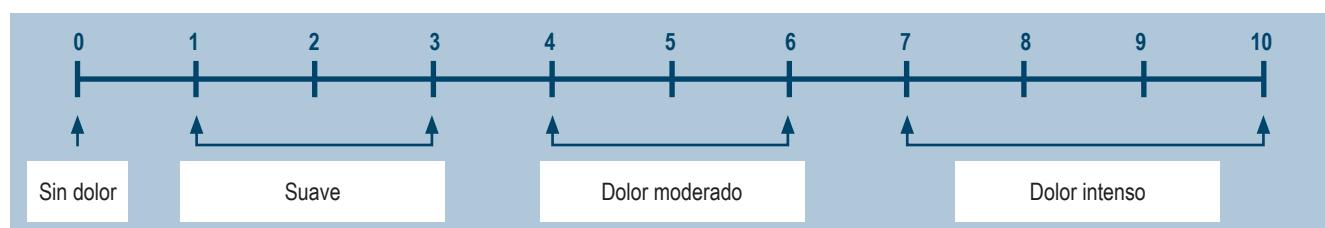
## Características generales de la población

Se incluyó un total de 154 pacientes con diagnóstico de SII. La edad media fue de 48,6 años (DE ± 12,4), y el 81,8% correspondió a mujeres. Los síntomas más frecuentes fueron distensión abdominal (86,4%), dolor abdominal (80,5%), flatulencia (72,7%) y sensación de evacuación incompleta (68,8%). Las características clínicas y demográficas se resumen en la **Tabla 1**.

## Síntomas asociados al diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado

El sexo femenino, el nivel socioeconómico y el tipo de SII no se asociaron con el diagnóstico de SIBO. Sin embargo, la intensidad de la distensión abdominal (7,8 puntos frente a 6,5 puntos;  $p = 0,005$ ) y de los flatos (7,7 puntos frente a 6,8 puntos;  $p = 0,049$ ) se asoció de forma significativa con la presencia de sobrecrecimiento (**Figura 3**).

Los cambios en la calidad de vida no se asociaron con el diagnóstico de SIBO. Los resultados de la encuesta de calidad de vida fueron muy similares en ambos grupos (66 puntos frente a 64,8 puntos;  $p = 0,73$ ). La subescala de evi-



**Figura 2.** Escala numérica verbal. Tomada de: Dolopedia. Escalas unidimensionales del dolor [Internet]. Dolopedia; 2024. Disponible en: <https://dolopedia.com/articulo/escalas-unidimensionales-del-dolor><sup>(17)</sup>.

tación de alimentos fue la que presentó mayores diferencias entre los pacientes con SII y SIBO (45,6 puntos frente a 39,4 puntos;  $p = 0,23$ ), seguido de la preocupación por la salud (55,9 puntos frente a 51,4 puntos;  $p = 0,28$ ). Las dos subescalas con menores diferencias entre los dos grupos fueron el sexual (78,04 puntos frente a 79,2 puntos;  $p = 0,77$ ) y las relaciones interpersonales (76,1 puntos frente a 77,4 puntos;  $p = 0,77$ ). Ninguna de las comparaciones fue estadísticamente significativa.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas de los pacientes con SII

Variable	Total (%)	Media ± DE
Edad (años)	—	48,6 ± 12,4
Sexo femenino	81,8	—
Dolor abdominal	80,5	—
Distensión abdominal	86,4	—
Flatos	72,7	—
Sensación de evacuación incompleta	68,8	—
Tipo SII-D (diarrea)	38,3	—
Tipo SII-E (estreñimiento)	25,9	—
Tipo SII-M (mixto)	31,1	—
Tipo SII-NC (no clasificable)	4,7	—

Tabla elaborada por los autores.

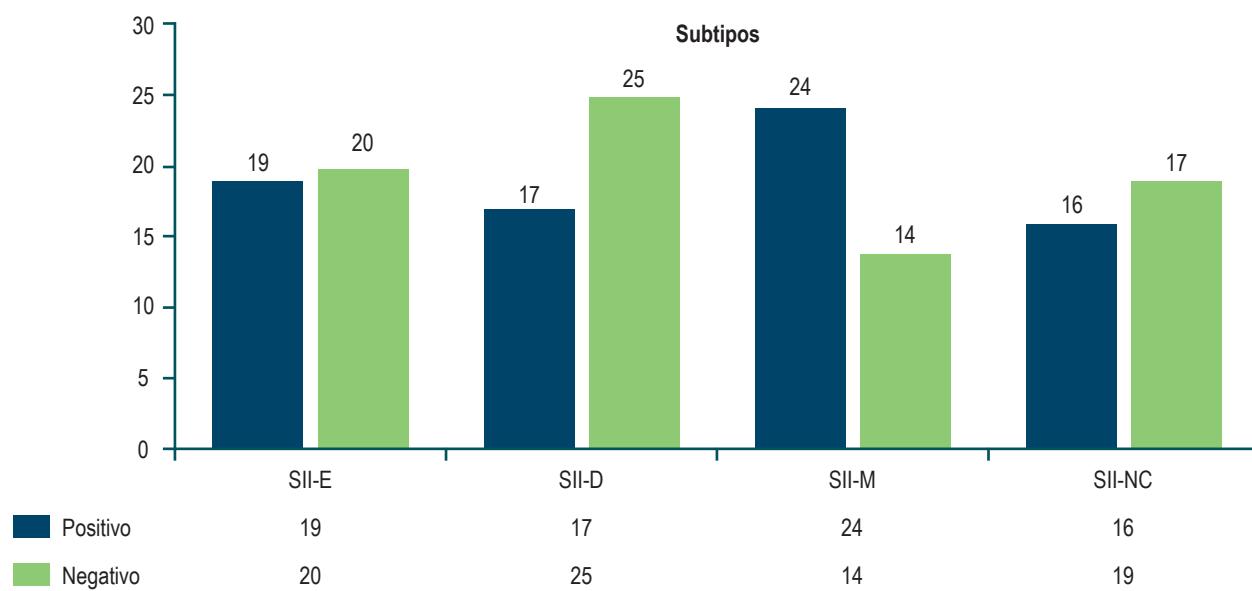
## Efecto de la rifaximina en la calidad de vida y la intensidad de los síntomas

Se observó una mejoría estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en todos los síntomas y en todas las subescalas de calidad de vida después del tratamiento con rifaximina. Los síntomas en los que se registró la mayor disminución de intensidad fueron: distensión abdominal (-4,23 puntos; IC 95%: 3,3–5,09;  $p < 0,0001$ ), hinchazón (-4,3 puntos; IC 95%: 3,4–5,1;  $p < 0,0001$ ) y flatos (-4,26 puntos; IC 95%: 3,3–5,1;  $p < 0,0001$ ), después de finalizar el tratamiento (Tabla 2, Figura 4).

En la evaluación por subescalas de calidad de vida, se evidenció una mejoría significativa ( $p < 0,05$ ) en la preocupación por la salud (+19,9 puntos; IC 95%: 26,7–13,1;  $p = 0,012$ ), disforia (+17,2 puntos; IC 95%: 22,9–11,6;  $p < 0,0001$ ), evitación de alimentos (+17,0 puntos; IC 95%: 25,1–8,9;  $p < 0,0001$ ), función sexual (+6,6 puntos; IC 95%: 13,8–0,4;  $p = 0,014$ ), y relaciones interpersonales (+9,6 puntos; IC 95%: 16,0–3,1;  $p = 0,003$ ). La evaluación global de calidad de vida mostró un incremento promedio de +15,16 puntos (IC 95%: 20,1–10,3;  $p < 0,0001$ ) en los resultados postratamiento (Tabla 3, Figura 5).

## Factores asociados a la calidad de vida después del tratamiento

En la evaluación basal, la puntuación global de la encuesta IBS-QoL fue de  $65,4 \pm 22,2$  puntos. Las subescalas con



**Figura 3.** Subtipo de SII en pacientes con prueba de aliento positiva y negativa para SIBO. Imagen propiedad de los autores.

**Tabla 2.** Comparación de escala numérica verbal IBS-QoL pre- y postratamiento

Encuesta IBS-QoL	Pretratamiento	Postratamiento	Diferencia de media	IC 95%	p
Interferencia con actividad	66,6 (24,9)	79,9 (18,0)	13,3	19,0 a 7,5	<0,0001
Preocupación por la salud	50,9 (26,2)	70,8 (21,9)	19,9	26,7 a 13,14	0,012
Reacción social	71,2 (23,4)	87,14 (18,6)	15,9	21,5 a 10,2	<0,0001
Relaciones interpersonales	77,11 (26,9)	86,7 (19,4)	9,6	16,06 a 3,1	0,003
Escala numérica verbal					
- Dolor abdominal	6 (3,2)	2,9 (2,5)	3,09	2,1 a 4,0	<0,0001
- Estreñimiento	5,7 (3,5)	2,4 (2,3)	3,25	2,33 a 4,1	<0,0001
- Consistencia	6,6 (3,0)	4,8 (1,7)	1,87	1,09 a 2,7	<0,0001
- Flatos	7,6 (2,8)	3,4 (2,6)	4,26	3,3 a 5,1	<0,0001

IC: intervalo de confianza. Tabla elaborada por los autores.

mayor afectación fueron evitación de alimentos (42,5 puntos) y preocupación por la salud (53,7 puntos), mientras que las de menor impacto correspondieron a función sexual (78,6 puntos) y relaciones interpersonales (76,7 puntos). Estos resultados reflejan un compromiso moderado de la calidad de vida previo al tratamiento.

**Tabla 3.** Análisis univariante de factores asociados a cambios en la calidad de vida después del tratamiento

Variable	b	IC 95%	p
Sexo	-14,7	-26 a -2,8	0,016
IMC	-0,82	-2,12 a 0,48	0,215
HTA	-11,9	-24,02 a 0,12	0,052
Cx bariátrica	5,92	-18,5 a 30,42	0,631
Dolor abdominal	1,44	(-0,021 a 2,917)	0,053
Estreñimiento	1,74	(0,39 a 3,084)	0,012
Consistencia	1,52	(-0,047 a 3,10)	0,057
Flatos	0,25	(-1,51 a 2,01)	0,774

Cx: cirugía; HTA: hipertensión arterial; IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal. Tabla elaborada por los autores.

Aunque los pacientes con SIBO presentaron puntuaciones medias más bajas en la escala IBS-QoL antes del tratamiento en comparación con los pacientes sin SIBO, las diferencias no alcanzaron significancia estadística ( $p > 0,05$ ),

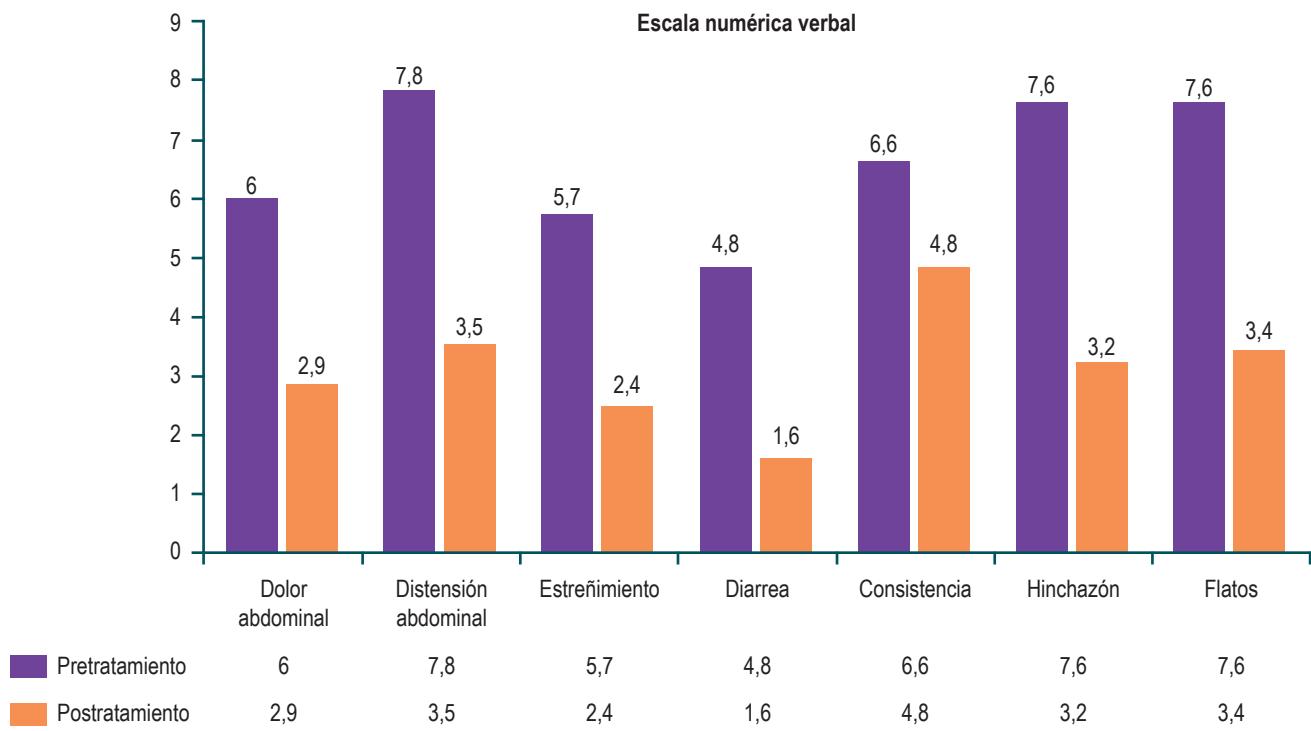
por lo que no se pueden establecer diferencias reales entre los grupos.

Después del tratamiento con rifaxima, se observó una mejoría significativa ( $p < 0,05$ ) en la puntuación global de calidad de vida y en varias subescalas. Las mayores mejorías se registraron en disforia (+17,2 puntos), evitación de alimentos (+17,0 puntos), preocupación por la salud (+19,9 puntos), función sexual (+6,6 puntos) y relaciones interpersonales (+9,6 puntos). La mejoría global promedio fue de +15,16 puntos en la escala IBS-QoL.

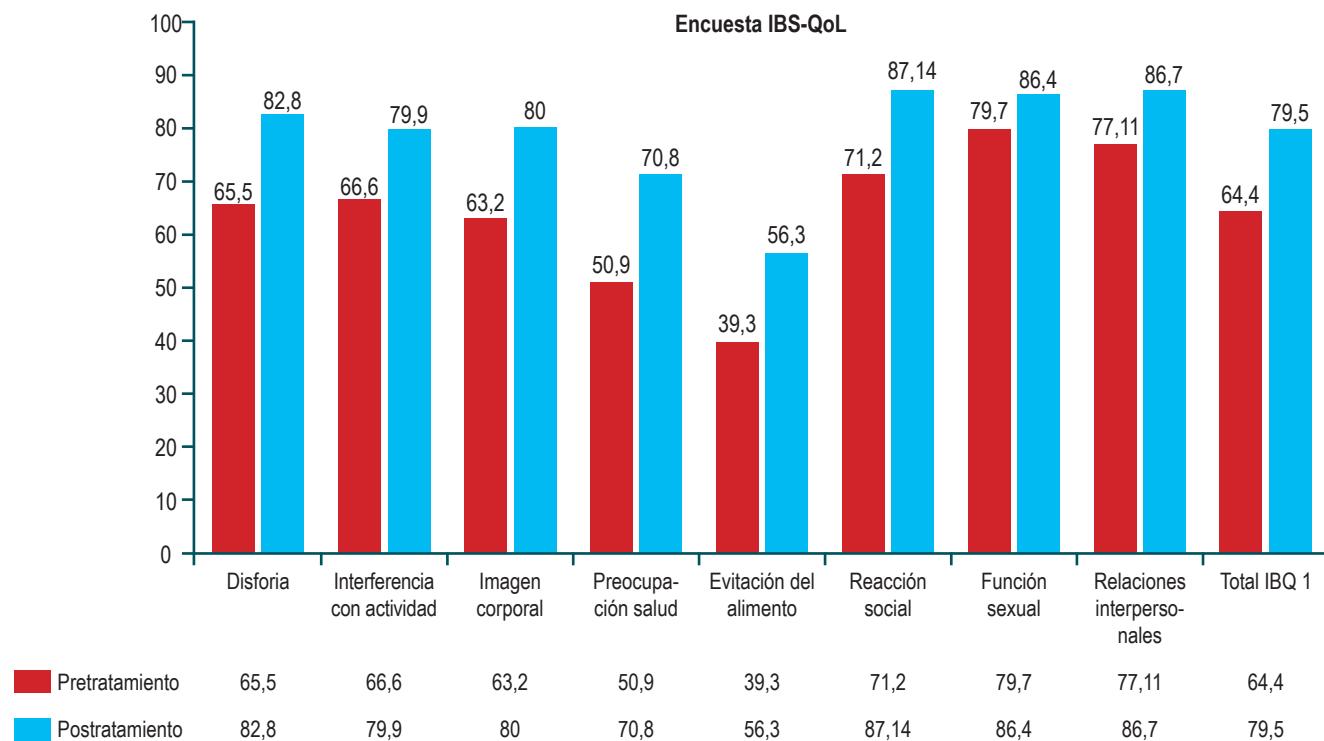
En el análisis multivariante por regresión lineal, se identificaron como predictores independientes de calidad de vida después del tratamiento a la edad ( $b: -0,39$ , IC 95%: -0,66 a -0,11;  $p = 0,007$ ), sexo masculino ( $b: 14,6$ , IC 95%: -25,4 a -3,8;  $p = 0,009$ ) y distensión abdominal ( $b: 1,9$ , IC 95%: 0,16 a 3,6;  $p = 0,002$ ). El 26,7% ( $n = 19$ ) de los pacientes no respondieron al tratamiento o presentaron empeoramiento en calidad de vida.

## DISCUSIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción subjetiva que tiene una persona sobre su posición en la vida, considerando su bienestar físico, psicológico y social<sup>(18,19)</sup>. En Estados Unidos, la Oficina de Análisis Económico identificó que las enfermedades gastrointestinales, como el SII y el SIBO, aumentaron un 104,1% en sus costos médicos globales durante la última década, ocupando el puesto 15 entre las patologías más costosas, por encima de enfermedades como el cáncer de pulmón, la leucemia o el VIH<sup>(20)</sup>.



**Figura 4.** Comparación de la intensidad de los síntomas gastrointestinales antes y después del tratamiento con rifaximina según la escala numérica verbal. Imagen propiedad de los autores.



**Figura 5.** Las diferencias en las puntuaciones de la escala de calidad de vida IBS-QoL antes y después del tratamiento con rifaximina. Imagen propiedad de los autores.

En nuestra cohorte, casi la mitad de los pacientes con SII presentaron SIBO, lo cual concuerda con investigaciones internacionales que reportan prevalencias entre 30% y 60%, independientemente de factores culturales o geográficos<sup>(21)</sup>. Esta similitud apoya la hipótesis de que el SIBO constituye una condición frecuentemente asociada al SII en distintos contextos clínicos. Desde el punto de vista fisiopatológico, el crecimiento bacteriano excesivo puede producir toxinas que aumentan la secreción de agua, favoreciendo la diarrea; o, por el contrario, alterar la motilidad y ralentizar el tránsito intestinal, generando estreñimiento. Shan y colaboradores describieron la diarrea como el patrón predominante del SIBO en poblaciones orientales<sup>(8)</sup>. En nuestro estudio, el riesgo de SIBO no se asoció con ningún subtipo de SII, lo que sugiere que su búsqueda diagnóstica debe realizarse de manera activa en todos los pacientes, independientemente de su clasificación clínica.

Aunque no se analizaron variables como la alimentación o el uso previo de antibióticos, no se observó una relación entre el riesgo de SIBO y el estrato socioeconómico, lo que sugiere que factores como el nivel educativo o el acceso a medicamentos podrían no tener un papel relevante en su desarrollo en esta población. Numerosos estudios han documentado una disminución significativa de la calidad de vida en pacientes con SII, comparable con enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o enfermedad renal<sup>(18,19,22)</sup>. En nuestro estudio, las subescalas más afectadas fueron preocupación por la salud, disforia y evitación de alimentos, probablemente asociadas a las restricciones dietéticas indicadas (por ejemplo, dieta baja en FODMAP)<sup>(23)</sup>. De manera concordante, Tuteja y colaboradores identificaron estas tres dimensiones como las más alteradas antes del tratamiento y las que mayor mejoría mostraron después de la intervención<sup>(16)</sup>. El ensayo clínico de veteranos del Golfo Pérsico no encontró mejoría significativa luego del uso de la rifaximina<sup>(16)</sup>; sin embargo, utilizó dosis inferiores y una muestra pequeña, además de una población con posibles comorbilidades psicológicas, lo que podría explicar las diferencias con nuestros hallazgos.

El análisis de factores asociados a la calidad de vida mostró que la edad, el sexo masculino y la distensión abdominal influyeron en la respuesta al tratamiento. Estos resultados pueden interpretarse desde un punto de vista conductual y fisiopatológico: los pacientes de mayor edad tienden a preocuparse más por su salud, mientras que las diferencias de microbiota y adherencia terapéutica por sexo podrían modificar la res-

puesta clínica. La ausencia de un grupo de control representa limitaciones relevantes por el riesgo de sesgos de selección y confusión. Asimismo, el uso exclusivo de la prueba de hidrógeno espirado pudo subdiagnosticar casos de SIBO dependiente de metano, aunque estudios previos estiman que este tipo corresponde solo al 14% de los pacientes<sup>(21)</sup>.

A pesar de estas limitaciones, este trabajo constituye el primer estudio en Colombia que aplica los criterios de Roma IV y el esquema de tratamiento aprobado por la FDA, demostrando mejoría significativa en los síntomas y la calidad de vida después del uso de la rifaximina. No obstante, se requieren ensayos clínicos aleatorizados y controlados para confirmar estos resultados y evaluar la sostenibilidad del efecto a largo plazo.

## CONCLUSIONES

El presente estudio sugiere que los pacientes con síndrome de intestino irritable y sobrecrecimiento bacteriano intestinal tratados con rifaximina (550 mg cada 8 horas durante 14 días) presentan una mejoría significativa en los síntomas gastrointestinales y en la calidad de vida percibida. La prevalencia de SIBO en esta cohorte fue alta y consistente con la literatura internacional, lo que refuerza la importancia de considerar esta condición en el abordaje diagnóstico del SII.

Aunque los resultados son prometedores, las limitaciones metodológicas, incluidos el tamaño muestral, la ausencia de grupo control y la no realización de prueba de aliento postratamiento, impiden establecer relaciones causales firmes. Por tanto, se recomienda realizar estudios prospectivos y ensayos clínicos aleatorizados que permitan confirmar estos hallazgos y determinar la efectividad sostenida del tratamiento con rifaximina.

## Fuente de financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflictos de interés

Declaramos que no tenemos ningún conflicto de interés que pueda influir o interferir con el contenido, resultados o interpretación de los datos presentados en nuestra investigación.

## REFERENCIAS

1. Pontet Y, Olano C. Prevalencia de síndrome de intestino irritable en América Latina. Revista de Gastroenterología del Perú. 2021;41(3):144-149. <https://doi.org/10.47892/rgp.2021.413.1154>

2. Schmulson MJ, Puentes-Leal GA, Bustos-Fernández L, Francisconi C, Hani A, López-Colombo A, et al. Comparison of the epidemiology of disorders of gut-brain interaction in four Latin American countries: Results of The Rome Foundation Global Epidemiology Study. *Neurogastroenterol Motil.* 2023;35(6):e14570. <https://doi.org/10.1111/nmo.14569>
3. Gómez-Álvarez DF, Morales-Vargas JG, Rojas-Medina LM, Mújica-Oviedo SC, Camacho-López PA, Rueda-Jaimes GE. Factores sociosanitarios y prevalencia del síndrome del intestino irritable según los criterios diagnósticos de Roma III en una población general de Colombia. *Gastroenterol Hepatol.* 2009;32(6):395-400. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2009.01.177>
4. Scarpellini E, Giorgio V, Gabrielli M, Lauritano EC, Pantanella A, Fundarò C, et al. Prevalence of small intestinal bacterial overgrowth in children with irritable bowel syndrome: a case-control study. *J Pediatr.* 2009;155(3):416-420. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.03.033>
5. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders: results of the Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology.* 2021;160(1):99-114.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>
6. Bourlioux P, Braesco V, Koletzko B, Guarner F. The intestine and its microflora are partners for the protection of the host. *Am J Clin Nutr.* 2003;78:675-683. <https://doi.org/10.1093/ajcn/78.4.675>
7. Tojo González R, Suárez Gonzalez A, Rúas Madiedo P, Mancebo Mata A, Pipa Muñiz M, Barreiro Alonso E, et al. Síndrome de intestino irritable: papel de la microbiota y probiótico-terapia. *Nutr Hosp.* 2015;31(Suppl 1):83-88. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.sup1.8713>
8. Shah A, Talley NJ, Jones M, Kendall BJ, Koloski N, Walker MM, et al. Small intestinal bacterial overgrowth in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Am J Gastroenterol.* 2020;115(2):190-201. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000504>
9. Mishima Y, Ishihara S. Molecular mechanisms of microbiota-mediated pathology in irritable bowel syndrome. *Int J Mol Sci.* 2020;21(22):8664. <https://doi.org/10.3390/ijms21228664>
10. Takakura W, Pimentel M. Small intestinal bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome: an update. *Front Psychiatry.* 2020;11:664. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00664>
11. Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SSC. ACG clinical guideline: small intestinal bacterial overgrowth. *Am J Gastroenterol.* 2020;115:165-178. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000501>
12. Quera R, Quigley EMM, Madrid AM. Sobrecrecimiento bacteriano intestinal: artículo de revisión. *Rev Med Chile.* 2005;133:1361-1370. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005001100013>
13. Blasco-Alonso J, Torcuato Rubio E, Pueyo Agudo E, Polo Hernández FL, Ortiz Pérez P, Martín Masot R, et al. Diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano mediante empleo de prueba de hidrógeno espirado en niños afectos de síndrome de intestino irritable. En: Alvarez Calatayud G, Barros García P, Blanco Rodríguez M, Blasco Alonso J, Bodas Pinedo A, Camarena Grande MC, et al (editores). Libro de Trabajos SEGHNP 2020 [Internet]. Madrid: Ergon; 2020. p. 112 [consultado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: [https://www.seghnp.org/sites/default/files/2020-09/trabajosSEGHNP2020\\_0.pdf](https://www.seghnp.org/sites/default/files/2020-09/trabajosSEGHNP2020_0.pdf)
14. Giannella RA, Rout WR, Toskes PP. Jejunal brush border injury and impaired sugar and amino acid uptake in the blind loop syndrome. *Gastroenterology.* 1974;67:965-974. [https://doi.org/10.1016/S0016-5085\(19\)32751-9](https://doi.org/10.1016/S0016-5085(19)32751-9)
15. Avelar-Rodríguez D, Toro-Monjaraz EM, Ramírez-Mayans JA. Sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado: una causa de dolor abdominal crónico en niños. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2019;40(2):93-98. <https://doi.org/10.18233/APM40No2pp93-981781>
16. Tuteja AK, Talley NJ, Stoddard GJ, Verne GN. Double-blind placebo-controlled study of rifaximin and lactulose hydrogen breath test in Gulf War veterans with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci.* 2019;64(3):838-845. <https://doi.org/10.1007/s10620-018-5344-5>
17. Dolopedia. Escalas unidimensionales del dolor [Internet]. Dolopedia; 2024 [consultado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://dolopedia.com/articulo/escalas-unidimensionales-del-dolor>
18. Gómez AJ, Hidalgo P, Alvarado-Bestene J, Rodríguez-Varón A, Cáceres-Méndez EA, Medina M. Impacto en la calidad de vida por la asociación entre trastornos del sueño y síndrome de intestino irritable. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2016;31(1):16-19. <https://doi.org/10.22516/25007440.68>
19. Castañeda-Sepúlveda R. Irritable bowel syndrome. *Med Univ (Méx).* 2010;12(46):39-46. [https://doi.org/10.1016/S0739-5930\(10\)79444-7](https://doi.org/10.1016/S0739-5930(10)79444-7)
20. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
21. Liu ZJ, Wei H, Duan LP, Zhu SW, Zhang L, Wang K. Clinical features of irritable bowel syndrome with small intestinal bacterial overgrowth and a preliminary study of effectiveness of rifaximin. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2016;96(24):1896-1902. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2016.24.005>
22. Sánchez JA, Irineo AB, Bernal G. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con síndrome de intestino irritable en un hospital de especialidades de México: estudio transversal. *Rev Esp Enferm Dig.* 2017;109(4):265-272.
23. Yepes IJ, Múnica MN, Martelo C. Dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables y calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable en Colombia. *Biomédica.* 2018;38(Suppl 1):54-61.