

Utilidad de los cuestionarios de Roma IV en español para identificar desórdenes gastrointestinales funcionales en pediatría. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP)

Carlos Alberto Velasco-Benítez,^{1, 2, 9} Claudia Jimena Ortiz-Rivera,^{1, 3, 9} Maira Patricia Sánchez-Pérez,^{4, 9} Edgar Játiva-Mariño,^{5, 6, 9} Eder Antonio Villamarín-Betancourt,^{1, 7} Miguel Saps^{8, 9}

¹ Universidad del Valle. Cali, Colombia.

² Medicina Clínica y Epidemiología. Universidad de Granada. Granada, España.

³ Hospital Infantil Club Noel. Cali, Colombia.

⁴ Centro Médico Imbanaco. Cali, Colombia.

⁵ Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.

⁶ Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

⁷ Grupo de Investigación en Salud Integral. Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia.

⁸ Division of Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition, Department of Pediatrics, Miller School of Medicine, University of Miami. Miami, Estados Unidos.

⁹ Functional International Digestive Epidemiological Research Survey Group – FINDERS.

Acta Gastroenterol Latinoam 2019;49(3):260-297

Recibido: 06/08/2018 / Aceptado: 26/10/2018 / Publicado online: 17/09/2019

Resumen

En 2016 fueron actualizados los criterios de Roma IV en inglés para identificar los desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) en niños menores de 4 años, escolares y adolescentes. La prevalencia de estos DGF en los Estados Unidos y Colombia según los criterios de Roma IV es del 24,7%,

25,0% y del 21,2%, respectivamente. Como los DGF son la principal causa de consulta en gastroenterología pediátrica, es importante estudiarlos, y así definir mejor la epidemiología, los síntomas, la comorbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud de estos niños. Para su diagnóstico, se requiere de los Cuestionarios de Síntomas Gastrointestinales Pediátricos Roma IV en español. El objetivo de este manuscrito es describir la experiencia del Functional International Digestive Epidemiology Research Survey (FINDERS) de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP) en el proceso de convalidación y reproducibilidad de estos cuestionarios de Roma IV en español para que sirvan como base para su implementación en otros países de habla hispana.

Correspondencia: Carlos Alberto Velasco-Benítez
Calle 5D # 38A-35 Torre 1, Consultorio 626. Cali, Colombia
Tel.: +57 2 5545226
Correo electrónico: carlos.velasco@correounivalle.edu.co

Palabras claves. Desórdenes gastrointestinales funcionales, cuestionario de síntomas gastrointestinales, niños.

Usefulness of the Rome IV Questionnaires in Spanish to identify Functional Gastrointestinal Disorders in Pediatrics. Working Group of the Latin American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (LASPGHAN)

Summary

In 2016, the Rome IV Criteria in English were updated to identify Functional Gastrointestinal Disorders (FGID) in children less than 4 years of age and school and adolescents. The prevalence of these FGID in the United States and Colombia according to the Rome IV Criteria is 24.7%-25.0% and 21.2%, respectively. As FGID continue to be the main cause of consultation in pediatric gastroenterology, it is important to study them, and thus better define the epidemiology, symptoms, comorbidity and quality of life related to the health of these children. For its diagnosis, the Questionnaire Pediatric Gastrointestinal Symptoms Rome IV in Spanish is required. The objective of this manuscript is to describe the experience of the Functional International Digestive Epidemiology Research Survey FINDERS of the Latin American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (LASPGHAN) in the process of validation and reproducibility of these Rome IV Questionnaires in Spanish to serve as a basis for its implementation in other Spanish-speaking countries.

Key words. *Functional gastrointestinal disorder, questionnaire of gastrointestinal symptoms, children.*

A partir de mayo de 2016 se actualizaron los criterios de Roma en su versión IV en inglés sobre desórdenes gastrointestinales funcionales (DGF) pediátricos, que son definidos clínicamente como una combinación diversa y variable de síntomas gastrointestinales recurrentes o crónicos que luego de una adecuada evaluación médica no son atribuibles a otras condiciones médicas.^{1,2}

Para el caso de menores de 4 años, son siete entidades a tener en cuenta (Tabla 1)¹ y para escolares y adolescentes, diez entidades divididas en desórdenes funcionales de náuseas y vómitos, de dolor abdominal y de la defecación (Tabla 2).²

Según los nuevos criterios de Roma IV, actualmente, tan solo hay dos artículos publicados con relación a la prevalencia de los DGF: en los Estados Unidos esta prevalencia es del 24,7% para menores de 4 años y del 25,0% para escolares y adolescentes;³ el principal DGF en todas las

edades es el estreñimiento funcional. En Colombia,⁴ esta prevalencia es del 21,2% para escolares y adolescentes; el estreñimiento funcional es también el principal DGF.

Como los DGF, tanto en los países de habla hispana como a nivel mundial, son la principal causa de consulta en gastroenterología pediátrica,^{5,6} es importante estudiar su prevalencia, para un mejor entendimiento de la fisiopatología y la patogénesis del modelo biopsicosocial de los DGF en estos niños; desde lo genético, nutricional, ambiental, psicosocial, cultural, socioeconómico e infeccioso, entre otros, y así definir mejor la epidemiología, los síntomas, la comorbilidad y la calidad de vida relacionada con la salud de estos niños que se encuentran asociados a baja calidad de vida, angustia psicológica, ausentismo escolar y un funcionamiento físico y social deficiente.

Para su diagnóstico, se requiere del diligenciamiento por los cuidadores en menores de 4 años de los Cuestionarios de Síntomas Gastrointestinales Pediátricos Roma IV en español versión menores de 4 años;¹ y por los cuidadores y niños mayores de 10 años la Versión Niños entre los 5 y 18 años de edad.²

El objetivo de este manuscrito es describir la experiencia del Functional International Digestive Epidemiology Research Survey (FINDERS) de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP) en el proceso de convalidación y reproducibilidad de estos cuestionarios de Roma IV en español para que sirvan como base para su implementación en otros países de habla hispana interesados en el conocimiento de los DGF en la edad pediátrica.

Tabla 1. *Desórdenes gastrointestinales funcionales en menores de 4 años.¹*

Cólico del lactante
Disquecia del lactante
Regurgitación del lactante
Síndrome de rumiación
Síndrome de vómito cíclico
Diarrea funcional
Estreñimiento funcional

Tabla 2. *Desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes.*²

Desórdenes funcionales de la náusea y el vómito

- Síndrome de vómito cíclico
- Náuseas y vómito funcional
- Síndrome de rumiación
- Aerofagia

Desórdenes funcionales del dolor abdominal

- Dispepsia funcional
 - Síndrome de *distress* posprandial
 - Síndrome de dolor epigástrico
- Síndrome de intestino irritable
 - Con estreñimiento
 - Con diarrea
 - Mixto
 - Sin subtipo
- Migraña abdominal
- Dolor abdominal funcional, no especificado de otra manera

Desórdenes funcionales de la defecación

- Estreñimiento funcional
- Incontinencia fecal no retentiva

Criterios de Roma IV

Entre las varias consideraciones que son tenidas en cuenta en estos nuevos criterios de Roma IV se encuentran:

Niños menores de 4 años

Regurgitación, síndrome de rumiación y síndrome de vómito cíclico. Debido a que estos niños pequeños no pueden informar sus síntomas con precisión y las respuestas al cuestionario están basadas en lo que informan sus cuidadores, en la regurgitación, el síndrome de rumiación y el síndrome de vómito cíclico, la redacción cambió para incorporar síntomas como náuseas y dolor.^{1,7}

Cólico. Se abandona la “regla de los tres de los criterios de Wesell” y su diagnóstico se basa en factores que angustian a los padres, como la duración, la naturaleza inexplicable del llanto y cómo calmar al niño; además, se agregan criterios diagnósticos con fines de investigación clínica.^{1,7}

Diarrea funcional. Para este diagnóstico se incrementa el número de deposiciones de 3 a 4 por día y se retira el paso de heces durante el sueño debido a su baja especificidad.^{1,7}

Disquecia. Se incrementó la edad de presentación de los 5 meses hasta los 9 meses de edad y el paso de las heces puede no solo ser exitoso, sino también fallido.^{1,7}

Estreñimiento. En los criterios de Roma IV, ahora se tiene en cuenta la edad del entrenamiento para el control de los esfínteres.^{1,7}

Escolares y adolescentes

Para este grupo etario, los criterios de Roma IV dividen los DGF en tres grandes grupos: desórdenes funcionales de la náusea y el vómito; desórdenes funcionales del dolor abdominal y desórdenes funcionales de la defecación; su diagnóstico debe realizarse si “después de una evaluación médica adecuada, los síntomas no pueden atribuirse a otra afección médica”, lo que permite incluir pacientes con enfermedades orgánicas como la enfermedad celíaca y la enfermedad inflamatoria intestinal.^{2,7}

Náuseas y vómitos funcionales. Ambos son DGF nuevos en los Criterios de Roma IV; en el caso de las náuseas funcionales, las náuseas deben ser el síntoma primordial y en el caso de los vómitos funcionales, no deben ser autoinducidos o por rumiación.^{2,7}

Síndrome de vómito cíclico. Se incluye que al menos dos de los episodios de vómito se presenten dentro de al menos un período de al menos seis meses de evolución, y el síntoma principal debe ser el vómito y no el dolor abdominal.^{2,7}

Síndrome de rumiación. Se le retiró la referencia al adolescente, pues puede también presentarse en niños más jóvenes.^{2,7}

Aerofagia. A pesar de que en los adultos Roma IV abandona este diagnóstico, se considera que en pediatría es una entidad bien reconocida, por lo que se ajusta su semántica y se mantiene, con el objetivo de que se disminuyan las superposiciones presentes en los Criterios de Roma III para este DGF.^{2,7}

Dispepsia funcional. Para este DGF el dolor ya no es el síntoma principal y los niños pueden presentar llenura

posprandial, saciedad temprana, dolor epigástrico o ardor no asociado a la defecación. Así es posible clasificarlos en dos subtipos: síndrome de *distress* posprandial y síndrome de dolor epigástrico.^{2,7}

Síndrome de intestino irritable. Es incluida la escala de Bristol para definir la consistencia de las heces y así clasificarlos en cuatro subtipos: con estreñimiento, con diarrea, mixto y sin subtipo. Además, permite esclarecer entre estreñimiento funcional y síndrome de intestino irritable con estreñimiento, luego de recibir tratamiento. Igualmente, se les pregunta a las niñas si el dolor abdominal está asociado a la presencia de la menstruación.^{2,7}

Migraña abdominal. Al igual que el síndrome de vómito cíclico, dos de los episodios deben presentarse dentro de un período de evolución de seis meses, y el síntoma primordial debe ser el dolor. Se considera que puede haber superposición de DGF en la migraña abdominal.^{2,7}

Dolor abdominal funcional, no especificado de otra manera. Fueron unidos el dolor abdominal funcional y el síndrome de dolor abdominal funcional de los Criterios de Roma III en este único DGF.^{2,7}

Estreñimiento funcional e incontinencia fecal no retentiva. Para ambos DGF el tiempo de evolución fue disminuido a cuatro semanas en lugar de las ocho semanas que describían los criterios de Roma III, siendo así concordantes con el tiempo de evolución del estreñimiento funcional del niño menor de 4 años según Roma IV.^{2,7}

Experiencia del FINDERS de la SLAGHNP

Confiabilidad del cuestionario de Roma IV en español para escolares y adolescentes

Para determinar la confiabilidad (traducción-retraducción, consistencia interna, estabilidad y equivalencia) de los criterios de Roma IV traducidos al español para identificar DGF en escolares y adolescentes, inicialmente dos investigadores bilingües tradujeron del inglés al español el cuestionario de Roma IV. Quince días después se cruzaron las versiones y retradujeron el cuestionario de Roma IV del español al inglés nuevamente, para luego, junto con dos investigadores más, evaluar la primera versión del cuestionario de Roma IV en español, que luego fue probada en un grupo piloto de 18 niños de ambos géneros entre los 10 y 18 años de edad, quienes realizaron sus observaciones finales al cuestionario de Roma IV en español previa evaluación de la comprensión del cuestionario adaptado por medio del pensar en voz alta, la prueba verbal y la etnografía. Finalmente fue distribuido en 1596 escolares, edad me-

diana de 14 años (rango: 10-18); 533 escolares, edad mediana de 11 años (rango: 10-12); 1063 adolescentes edad mediana de 15 años (rango: 13-18), del género masculino y femenino (51,9% niñas), de una institución educativa pública (92,6%) y de tres colegios privados (7,4%) de cuatro ciudades colombianas: Cali, Valle, Región Pacífica (n = 626); Bucaramanga, Santander (n = 314) y La Unión, Nariño (n = 339), Región Andina y de Florencia, Caquetá, Región Amazónica (n = 317). El cuestionario de Roma IV en español contiene 68 preguntas: 15 preguntas de la sección A (dolor y molestia por encima del ombligo), 21 preguntas de la sección B (dolor y molestia en el ombligo, alrededor y por debajo del ombligo), 10 preguntas de la sección C (movimientos intestinales), 18 preguntas de la sección D (náuseas y vómito) y 4 preguntas de la sección E (otros síntomas digestivos) (Anexos 1 y 2). Para el análisis estadístico se utilizó un análisis descriptivo y para la consistencia interna el coeficiente de Conbrach, teniendo en cuenta la siguiente interpretación: de 0,81 a 1,00 (muy alta), de 0,61 a 0,80 (alta), de 0,41 a 0,60 (moderada), de 0,21 a 0,40 (baja) y de 0,01 a 0,20 (muy baja).

En general la traducción-retraducción mostró buenos acuerdos entre los investigadores y el cuestionario fue fácilmente entendido y usado entre los niños, con un alfa de Conbrach para todo el cuestionario de Roma IV en español de 0,7226 = alta (Tabla 3). Se concluyó que el cuestionario de los criterios de Roma IV en español tiene una confiabilidad alta y es de fácil comprensión y uso para la identificación de DGF en niños de habla hispana. Se sugiere que en cada lugar donde se vaya a utilizar se realicen las modificaciones a la jerga local.

Reproducibilidad del cuestionario de Roma IV en español para escolares y adolescentes

Teniendo en cuenta que no existiría una medición válida a menos que la medición tenga algún grado de reproducibilidad, y que se desconoce el grado de reproducibilidad de los criterios de Roma IV en español para identificar DGF en escolares y adolescentes, el grupo de trabajo de la SLAGHNP, propuso determinar la reproducibilidad 48 horas después de aplicar el cuestionario de Roma IV en español, para identificar DGF en escolares y adolescentes de una institución educativa pública de Cali, Colombia. Para tal fin fueron incluidos 330 escolares, edad mediana de 14 años (rango: 10- 18); 93 escolares entre 10 y 12 años; 237 adolescentes entre 13 y 16 años, de ambos géneros (50,3% niñas) a quienes se les aplicó el cuestionario de Roma IV en español al día 0 (basal) y a las 48 horas (día 2) y se les midió la fuerza de concordancia por medio del

coeficiente de kappa (k) teniendo en cuenta la siguiente interpretación: pobre (0,00), leve (0,01-0,20), aceptable (0,21-0,40), moderada (0,41-0,60), considerable (0,61-0,80), excelente (0,81-0,99) y perfecta (1,00). La fuerza de concordancia fue de 0,5085 (moderada) para identificar algún DGF en este grupo de escolares y adolescentes, al igual que para cada uno de los DGF presentes en este grupo de niños (Tabla 4), concluyéndose que la reproducibilidad

48 horas después de aplicar el Cuestionario de Roma IV en español es moderada para identificar DGF en escolares y adolescentes de habla hispana.

Confiabilidad del cuestionario de Roma IV en español para menores de 4 años

Siguiendo el mismo proceso metodológico utilizado por FINDERS y propuesto por la Fundación Roma para

Tabla 3. Confiabilidad (alfa de Conbrach) del cuestionario de Roma IV versión en español para identificar DGF en escolares y adolescentes de habla hispana ($n = 1596$).

Secciones del cuestionario Roma IV	Conbrach	Interpretación
Todas (A, B, C, D, E)	0,7226	Alta
A (Dolor y molestia por encima del ombligo)	0,7813	Alta
B (Dolor y molestia alrededor y por debajo del ombligo)	0,7039	Alta
C (Movimientos intestinales)	0,4512	Moderada
D (Náuseas y vómitos)	0,4155	Moderada
E (Otros síntomas digestivos)	0,6627	Alta

Tabla 4. Fuerza de concordancia (coeficiente de kappa) del cuestionario de Roma IV versión en español para identificar DGF en escolares y adolescentes de habla hispana ($n = 330$).

DGF	Día 0 (basal)	Día 2 (48 horas)	kappa	Interpretación
Algún DGF	40,0%	31,2%	0,5085*	Moderada
Estreñimiento funcional	22,7%	17,6%	0,4418*	Moderada
Síndrome de intestino irritable	6,1%	5,5%	0,4258*	Moderada
Dispepsia funcional	5,2%	3,6%	0,4597*	Moderada
Dolor abdominal funcional	4,9%	3,3%	0,5546*	Moderada

$p < 0,05$

determinar la confiabilidad (traducción-retraducción, consistencia interna, estabilidad y equivalencia) de los criterios de Roma IV traducidos al español para identificar DGF en menores de 4 años, inicialmente en esta oportunidad tres investigadores bilingües tradujeron del inglés al español el cuestionario de Roma IV y 15 días después se cruzaron las versiones y retradujeron el cuestionario de Roma IV del español al inglés nuevamente.

Luego, junto con dos investigadores más, se evaluó esta primera versión del cuestionario de Roma IV en español, que luego fue probada en un grupo piloto de 12 cuidadores de menores de 4 años de ambos géneros de 4 meses, 9 meses, 12 meses, 2 años, 3 años y 4 años de edad, quienes realizaron sus observaciones finales al cuestionario de Roma IV en español, previa evaluación de la comprensión del cuestionario adaptado por medio del pensar en voz alta, la prueba verbal y la etnografía.

Finalmente fue distribuido en 602 niños menores de 4 años (edad mediana de 15 meses, rango: 1-60); 50,0% del femenino; de la consulta de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Hospital Baca Ortiz de Quito,

Ecuador (n = 362) y de una consulta privada de Cali, Colombia (n = 240).

El cuestionario de Roma IV en español contiene 42 preguntas divididas en tres secciones: A (problemas digestivos = 21 preguntas), B (vómito = 10 preguntas) y C (movimientos intestinales = 11) (Anexo 3).

Para el análisis estadístico se utilizó un análisis descriptivo y para la consistencia interna el coeficiente de Conbrach, previamente descrito.

En general la traducción-retraducción mostró buenos acuerdos entre los investigadores y el cuestionario fue fácilmente entendido y usado entre los cuidadores de los niños, con un alfa de Conbrach para la sección A de 0,6900, para la sección B de 0,7244 y para la sección C de 0,4383 (Tabla 5). Asimismo, se quiso separar por grupo de edad, encontrándose un alfa de Conbrach para menores de 12 meses de 0,6740, y entre 1 y 4 años de 0,4671 (Tabla 6). Se concluyó que el cuestionario de los criterios de Roma IV versión en español para menores de 4 años tiene una confiabilidad alta-moderada, es de fácil comprensión y uso para la identificación de DGF

Tabla 5. Confiabilidad (alfa de Conbrach) según secciones del cuestionario de Roma IV versión en español para identificar DGF en menores de 4 años de habla hispana (n = 602).

Secciones del cuestionario Roma IV	Conbrach	Interpretación
A (Problemas digestivos)	0,6900	Alta
B (Vómito)	0,7039	Alta
C (Movimientos intestinales)	0,4512	Moderada

Tabla 6. Confiabilidad (alfa de Conbrach) según los grupos de edad del cuestionario de Roma IV versión en español para identificar DGF en menores de 4 años de habla hispana (n = 602).

Grupo de edad	Conbrach	Interpretación
Menores de 12 meses	0,6740	Alta
Entre 1 y 4 años	0,4671	Moderada

en niños menores de 4 años de habla hispana. Se sugiere que en cada lugar donde se vaya a utilizar se realicen las modificaciones a la jerga local.

¿Qué continúa?

Ente las propuestas de investigación que adelanta el Functional International Digestive Epidemiology Research Survey (FINDERS) de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP) están: 1) los trastornos de la atención y los DGF, 2) la prevalencia de DGF según Roma IV y su comparación con Roma III en varios países latinoamericanos, 3) la hiperlaxitud articular en la consulta externa de gastroenterología pediátrica, 4) FODMAPS y su relación con DGF, y 5) síntomas psicológicos y DGF.

¿Qué se requiere para interpretar los cuestionarios?

Para la interpretación de los cuestionarios es necesario inscribirse y solicitar autorización a la Fundación Roma, ingresando a la web <https://theromefoundation.org/>, quienes en respuesta enviarán los instructivos. Con ello, la Fundación Roma desea conocer quiénes son los profesionales de la salud que están utilizando estos cuestionarios para realizar el diagnóstico de los DGF en pediatría.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Sostén financiero. Ninguno

Referencias

1. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology* 2016; 150: 1443-1455.
2. Hyams JS, Lorenzo CD, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent. *Gastroenterology* 2016; 150: 1456-1468.
3. Robin SG, Keller C, Zwiener R, Hyman PE, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Shulman RJ, Hyams JS, Palsson O, van Tilburg MAL. Prevalence of pediatric functional gastrointestinal disorders utilizing the Rome IV criteria. *J Pediatr* 2018; 195: 134-139.
4. Saps M, Velasco-Benítez CA, Langshaw AH, Ramírez-Hernández CR. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in children and adolescents: comparison between Rome III and Rome IV criteria. *J Pediatrics* 2018; 199: 212-216.
5. Velasco-Benítez CA, Saps M, Chanís R, Játiva E, Mejía M, Moreno J, Ramírez Hernández CR, Sánchez-Pérez MP, Aragón-Calvo LE, Villamarín-Betancourt EA, Gómez-Urrego JF. Functional gastrointestinal disorders in latinoamerican infants and toddlers. Working group of the latin american society of pediatric gastroenterology, hepatology and nutrition (LASPGHAN). *Acta Gastroenterol Latinoam* 2018; 48: 56-64.
6. Velasco-Benítez CA, Ramírez R, Sánchez MP, Aragón LE, Saps M, Chanís R, Rodríguez L, Leyva A, Moreno J, Ramírez CR, Sánchez MP, Aragón LE, Nichols-Vinueza D. La epidemiología de los desórdenes gastrointestinales funcionales en escolares y adolescentes latinoamericanos. Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SLAGHNP). *Acta Gastroenterol Latinoam* 2017; 47: 148-158.
7. Koppen IJN, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: What's new? *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2017; 11: 193-201.

Anexo 1

Cuestionario para síntomas digestivos pediátricos, Versión Roma IV (QPGS-RIV)

(Adaptado del cuestionario de síntomas gastrointestinales pediátricos versión Infant Toddler, van Tilburg, Rouster, Silver, Pellegrini, Gao, Hyman, 2015)

Formato para lactantes y pre-escolares
(0-4 años de edad)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario es sobre el esófago, estómago, intestino delgado y colon (sistema gastrointestinal) de su hijo(a) y la identificación de sus posibles problemas. Ciertos problemas pueden o no presentarse en su hijo(a).

Por favor responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta, le será resuelta por quien realiza el cuestionario.

Coloca las iniciales de tu hijo(a): _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Ciudad: _____ País: _____

0.1. ¿Qué edad tiene su hijo(a)?

_____ años _____ meses

0.2. ¿Su hijo(a) está ganando peso normalmente?

_____ Sí _____ No

Sección A**Problemas digestivos**

Las siguientes preguntas solo se aplican a niños de 0 a 12 meses. Si su hijo(a) es mayor a 1 año de edad, pase a la pregunta 22b de la Sección B.

1a. ¿Su hijo(a) ha estado vomitando o escupiendo todos los días en las últimas tres semanas?

0. _____ No 1. _____ Sí

Si respondió **no**, por favor no responda las preguntas 2a a la 10a, y pase a la pregunta 11a.

2a. En promedio, en el día, su hijo(a) ¿cuánto tiempo vomita o escupe?

- 0. _____ Una vez al día
- 1. _____ Dos veces al día
- 2. _____ 3 a 10 veces al día
- 3. _____ Más de 10 veces al día

¿Además del vómito y la escupidera, su hijo(a) ha tenido alguna de estas molestias?

3a. Vómito con sangre

0. _____ No 1. _____ Sí

4a. Silbido del pecho (sibilancias) o dificultad para respirar

0. ____ No 1. ____ Sí

5a. Arcadas, sequedad, ganas de vomitar (náuseas)

0. ____ No 1. ____ Sí

6a. Inclina la cabeza y el cuello hacia un lado por períodos largos de tiempo

0. ____ No 1. ____ Sí

7a. Problemas para tragar

0. ____ No 1. ____ Sí

8a. Problemas para tomar leche materna o comer

0. ____ No 1. ____ Sí

9a. Excepto por vomitar o escupir, ¿el control del crecimiento y desarrollo (peso y estatura) de su hijo(a) ha sido normal?

0. ____ No 1. ____ Sí

10a. Si su respuesta es **no**; por favor explique: _____

11a. En la última semana, su hijo(a) ¿ha estado irritable, inquieto(a) o llorando [estresado(a)] sin ninguna razón?

0. ____ No 1. ____ Sí

Si respondió **no**, por favor no responda las preguntas 12a a la 17a, y pase a la pregunta 18a.

12a. En promedio y por día, su hijo(a) ¿cuánto tiempo está irritable e inquieto(a) [estresado(a)] o llora sin ninguna razón?

0. ____ Menos de 3 horas
 1. ____ 3 a 6 horas
 2. ____ Más de 6 horas
 3. ____ Todo el tiempo

13a. Por favor, del día de ayer, indique la cantidad de irritabilidad, inquietud o llanto sin ninguna razón, que su hijo(a) presentó:

- 13a 1. En la mañana (de 6 am a 12 del día): ____ horas ____ minutos
 13a 2. En la tarde (de 12 del día a las 6 pm): ____ horas ____ minutos
 13a 3. En la noche (de 6 pm hasta la medianoche): ____ horas ____ minutos
 13a 4. En la madrugada (de la medianoche a las 6 am): ____ horas ____ minutos

14a. Por favor, del día de ayer, indique la cantidad de llanto insoportable [períodos en los que su hijo(a) se queja y llora, y requiere de calma constante o es difícil o imposible de calmarse] que su hijo(a) presentó:

- 14a 1. En la mañana (de 6 am a 12 del día): ____ horas ____ minutos
 14a 2. En la tarde (de 12 del día a las 6 pm): ____ horas ____ minutos
 14a 3. En la noche (de 6 pm hasta la media noche): ____ horas ____ minutos
 14a 4. En la madrugada (de la medianoche a las 6 am): ____ horas ____ minutos

15a. ¿Era un día normal (típico)?

0. No 1. Sí

16a. En promedio, su hijo(a) ¿cuántos días a la semana está irritable, inquieto o llora sin razón?

- 16a 1. 1 día por semana 16a 5. 5 días por semana
16a 2. 2 días por semana 16a 6. 6 días por semana
16a 3. 3 días por semana 16a 7. 7 días por semana
16a 4. 4 días por semana

17a. ¿Su hijo(a) tuvo fiebre la semana pasada?

0. No 1. Sí

18a. Su hijo(a), antes de hacer popó blando, ¿lucha, se irrita o llora antes de defecar?

0. No 1. Sí

Si respondió **no**, por favor no responda las preguntas 19a, 20a y 21a, y pase a la pregunta 22b de la Sección B.

19a. En promedio, su hijo(a), antes de hacer popó blando, ¿cuánto tiempo lucha, se irrita o llora antes de defecar?

0. Menos de 5 minutos
1. 5 a 9 minutos
2. 10 a 20 minutos
3. Más de 20 minutos

20a. Excepto por su dificultad para defecar, ¿el control del crecimiento y desarrollo (peso y estatura) de su hijo(a) ha sido normal?

0. No 1. Sí

21a. Si su respuesta es **no**; por favor explique: _____

Sección B

Vómito

Esta sección pregunta acerca del vómito de su hijo(a) o cuando la comida se regresa del estómago y sale por la boca. Hay muchas palabras para definir vómito como "arcadas", "trasbocar" y "jadear". Usted puede usar otra palabra especial cuando habla de vómito.

22b. En los últimos 6 meses, su hijo(a), ¿cuántas veces vomitó una y otra vez sin parar durante 2 o más horas?

0. Nunca
1. Una vez
2. Dos veces
3. Tres veces
4. Cuatro o más veces

Si respondió **nunca**, por favor no responda la pregunta 23b, y pase a la pregunta 24b.

23b. Cuando el vómito se detiene; por lo general, ¿cuánto tiempo se demora en comenzar de nuevo otro episodio de vómito repetido?

1. ____ Varias horas
2. ____ Varios días
3. ____ Varias semanas
4. ____ Varios meses o más

24b. Durante los últimos 2 meses, cuando su hijo(a) no estaba vomitando, ¿llevó la comida a la boca luego de que ya había sido masticada y tragada?

0. ____ Nunca 1. ____ Sí

Si respondió **no**, por favor no responda las preguntas 25b a 30b, y pase a la pregunta 31c de la Sección C.

25b. Cuando su hijo(a) se lleva la comida a la boca, ¿él o ella también aprieta los músculos del abdomen o coloca la comida sobre la lengua una y otra vez?

0. ____ No 1. ____ Sí

26b. ¿Desde qué edad su hijo(a) comenzó con este problema?

0. ____ Desde el nacimiento
1. ____ 1 a 2 meses
2. ____ 3 a 8 meses
3. ____ 9 a 12 meses
4. ____ Por más de 12 meses

27b. ¿Este problema ocurre cuando su hijo(a) duerme?

0. ____ No 1. ____ Sí

28b. ¿Este problema ocurre cuando su hijo(a) está con la familia o los amigos?

0. ____ No. 1. ____ Sí

29b. Al momento de este problema, su hijo(a) ¿se inquieta, irrita o llora (se estresa)?

0. ____ No 1. ____ Sí

¿Este problema se mejora con:

30b. ... medicamentos?

0. ____ No 1. ____ Sí

31b. ... con cambio de fórmula infantil?

0. ____ No 1. ____ Sí

Sección C**Movimientos intestinales (caca, popó, heces, “hacer del 2”)**

Esta sección trata de las deposiciones de su hijo(a). Hay muchas palabras para definir defecar, como “caca”, “defecación”, “evacuación intestinal”, “popó” y “ir al baño a hacer del 2”. Su familia puede usar una palabra especial cuando hablan de caca o popó.

32c. En el último mes, su hijo(a) ¿cada cuánto hace popó?

- 0. ___ 2 veces o menos a la semana
- 1. ___ 3 a 6 veces a la semana
- 2. ___ Una vez al día
- 3. ___ 2 a 3 veces al día
- 4. ___ Más de 3 veces al día

33c. En el último mes, ¿cómo era el popó de su hijo(a)?

- 0. ___ Duro o muy duro
- 1. ___ No tan duro ni tan blando
- 2. ___ Blando o muy blando
- 3. ___ Mucoso, con restos de comida sin digerir
- 4. ___ Líquido
- 5. ___ Variable (el popó de mi hijo(a) no siempre es el mismo)

34c. Si el popó de su hijo(a), usualmente es mucoso, con restos de comida sin digerir o líquido, ¿desde hace cuánto tiempo es mucoso/líquido?

- 0. ___ Menos de 2 meses
- 1. ___ 3 a 5 meses
- 2. ___ 6 a 12 meses
- 3. ___ 13 a 24 meses
- 4. ___ 2 a 3 años
- 5. ___ 4 a 5 años

35c. ¿Su hijo(a) hace popó mientras duerme?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

36c. En el último mes, ¿a su hijo(a) le duele al hacer popó?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí
- 2. ___ No sé

37c. En el último mes, el popó de su hijo(a) era tan grande que le preocupa que le duela?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

38c. ¿Algún médico o enfermera al examinar a su hijo(a) le ha dicho que tiene mucho popó?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

39c. En ocasiones los niños aguantan y no quieren hacer popó. Cuando los niños aguantan, se tensionan y estiran su cuerpo. Cuando los niños pequeños aguantan, se ponen de puntillas, ponen rígidas las piernas, se balancean hacia adelante y hacia atrás, se agarran de los muebles o de sus familiares, se esconden o se van a otro lado, poniéndose en cuclillas o rígidos de pie. En el último mes, su hijo(a) ¿ha aguantado y no quiere hacer popó?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces al mes
2. ___ Una vez a la semana
3. ___ Varias veces a la semana
4. ___ Todos los días

Las siguientes preguntas son solo para los niños que ya están entrenados para ir al baño y que usan ropa interior durante el día. Si su hijo(a) no está entrenado aún para ir al baño, puede omitir las preguntas 40c, 41c y 42c, y ha finalizado el cuestionario. Muchas gracias

40c. En el último mes, su hijo(a) ¿con qué frecuencia manchó o ensució la ropa interior con popó?

0. ___ Nunca
1. ___ Menos de una vez al mes
2. ___ 1 a 3 veces al mes
3. ___ Una vez por semana
4. ___ Varias veces a la semana
5. ___ A diario

41c. Cuando su hijo(a) mancha o ensucia la ropa interior, ¿qué tanto la mancha?

1. ___ Con pintas de popó (nocon popó)
2. ___ Con poca cantidad de popó (menos de un popó)
3. ___ Con mucha cantidad de popó (un popó completo)

42c. En el último mes, su hijo (a) ¿ha tenido el popó tan grande que tapa el baño?

0. ___ No
1. ___ Sí

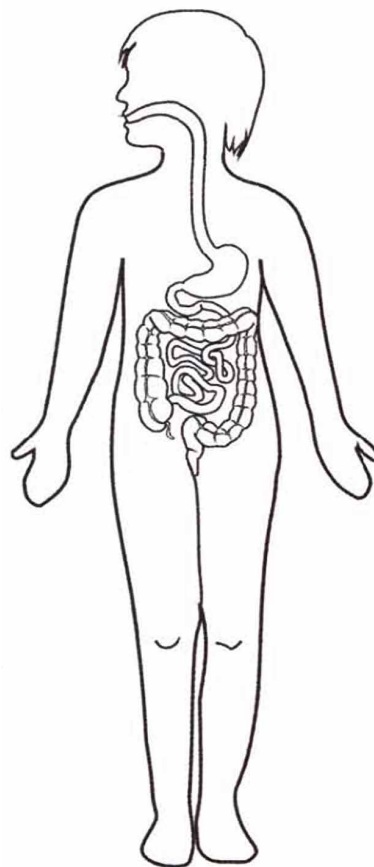
Muchas gracias

Anexo 2

Cuestionario para síntomas digestivos pediátricos, versión roma IV (QPGS-RIV)

(Adaptado del Cuestionario de Síntomas Digestivos Pediátricos, Walker, Caplan-Dover y Rasquin-Weber, 2000)

Formato para niños, niñas y escolares
(entre 4 y 10 años de edad)



INSTRUCCIONES

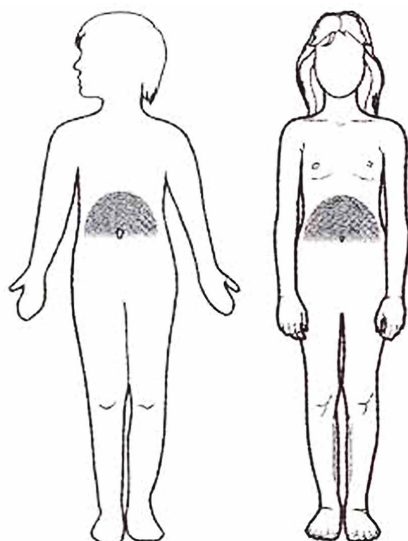
Este cuestionario es sobre el sistema digestivo (esófago, estómago, intestino delgado y colon) y problemas que su hijo/a puede tener con ellos. Algunos problemas pueden existir en su hijo/a y otros no.

Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda.

Si tiene alguna pregunta, el asistente de investigación le contestará con gusto.

Sección A**Dolor y molestia por encima del ombligo**

El área sombreada en el dibujo de abajo muestra el área por encima del ombligo donde algunos niños pueden sentir dolor o molestia. Algunos términos utilizados para describir la molestia son: "dolor de barriga", "náuseas", "barriga inflada", "barriga llena" o "no tener hambre luego de haber comido poca cantidad".



Encima del ombligo

Las preguntas de esta sección son acerca del dolor o molestia por encima del ombligo que su hijo/a haya tenido en el mes pasado. Los niños pueden tener dolor y molestia en más de un área de la barriga. En otras secciones del cuestionario, le preguntaremos por las áreas alrededor o por debajo del ombligo.

A1. En el mes pasado, ¿cuántos días su hijo/a ha sentido dolor o molestia por encima del ombligo? (Así haya durado poco).

0. ___ Nunca
1. ___ 1 día
2. ___ 2 días
3. ___ 3 días
4. ___ 4 días
5. ___ 5 o más días

A2. En el mes pasado, ¿cuántos días su hijo/a ha sentido ardor en el pecho? (Así haya durado poco).

0. ___ Nunca
1. ___ 1 día
2. ___ 2 días
3. ___ 3 días
4. ___ 4 días
5. ___ 5 o más días

A3. En el mes pasado, luego de una comida normal, ¿cuántos días su hijo/a se ha sentido muy lleno o con náuseas o con la barriga más inflada que de costumbre?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ 1 día
- 2. ___ 2 días
- 3. ___ 3 días
- 4. ___ 4 días
- 5. ___ 5 o más días

A4. En el mes pasado, ¿cuántos días su hijo/a no fue capaz de terminar su comida porque se sentía muy lleno?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ 1 día
- 2. ___ 2 días
- 3. ___ 3 días
- 4. ___ 4 días
- 5. ___ 5 o más días

Si la respuesta es **nunca** en las preguntas 1, 2, 3 o 4, por favor pase a la Sección B.

A5. Cuando su hijo/a siente incomodidad o molestia por encima del ombligo (dolor, molestia, quemazón, llenura, etc.) ha tenido alguna de las siguientes molestias? (Puede elegir más de una opción):

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| A5a. Barriga más inflada que de costumbre | 0. ___ No | 1. ___ Sí |
| A5b. Náuseas (ganas de vomitar) | 0. ___ No | 1. ___ Sí |
| A5c. Eructos | 0. ___ No | 1. ___ Sí |

A6. Cuando su hijo/a siente incomodidad o molestia por encima del ombligo:

- | | | |
|-------------------------|-----------|-----------|
| A6a. ¿Empeora al comer? | 0. ___ No | 1. ___ Sí |
| A6b. ¿Mejora al comer? | 0. ___ No | 1. ___ Sí |

A7. ¿Desde hace cuánto tiempo su hijo/a ha tenido incomodidad o molestia por encima del ombligo (dolor, molestia, quemazón, llenura, etc.)?

- 1. ___ Un mes o menos
- 2. ___ 2 meses
- 3. ___ 3 meses
- 4. ___ 4 a 11 meses
- 5. ___ Un año o más

A8. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente lo tuvo al mismo tiempo de hacer popó?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ De vez en cuando
- 2. ___ A veces
- 3. ___ La mayoría de las veces
- 4. ___ Siempre

A9. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente su popó fue más blando, o más líquido que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

A10. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente su popó fue más duro o en trozos que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

A11. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hizo popó más veces que lo usual?

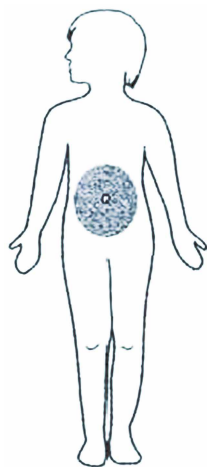
0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

A12. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hizo popó menos veces que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

Sección B**Dolor y molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo**

El área sombreada en el dibujo inferior muestra el área del ombligo, alrededor del ombligo y por debajo del ombligo donde algunos niños pueden sentir dolor o molestia. A veces esta molestia es de menor intensidad que un verdadero dolor. Algunos términos utilizados son: "dolor de estómago" o "dolor de barriga".



Alrededor del ombligo



Por debajo del ombligo

B1. En el mes pasado, ¿cuántos días su hijo/a sintió dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 día
2. ___ 2 días
3. ___ 3 días
4. ___ 4 días
5. ___ 5 o más días

Si la respuesta es **nunca**, por favor pase a la Sección C.

B2a. ¿Su hijo/a siente dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo **solo** cuando come o luego de comer?

0. ___ No
1. ___ Sí

B2b. Solo para niñas: ¿Su hija siente dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo **solo** cuando tiene la menstruación?

0. ___ No
1. ___ Sí
2. ___ Aún no le llega la primera menstruación

B3. ¿Desde hace cuánto tiempo su hijo/a ha tenido dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo?

1. ___ Un mes o menos
2. ___ 2 meses
3. ___ 3 meses
4. ___ 4 a 11 meses
5. ___ Un año o más

B4. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente lo tuvo al mismo tiempo de hacer popó?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B5. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente su popó fue más blando o más líquido que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B6. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente su popó fue más duro o en trozos que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B7. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hizo popó más veces que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B8. En el mes pasado, cuando su hijo/a tuvo dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hizo menos popó que lo usual?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ De vez en cuando
- 2. ___ A veces
- 3. ___ La mayoría de las veces
- 4. ___ Siempre

B9. Su hijo/a está tomando medicamentos para el estreñimiento o popó duro?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí
- 2. ___ No sé

B9a. Si su respuesta es Sí, ¿qué tan frecuentemente mejora su dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, cuando toma los medicamentos?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ De vez en cuando
- 2. ___ A veces
- 3. ___ La mayoría de las veces
- 4. ___ Siempre

B10. ¿Alguna vez, debido a dolor abdominal intenso alrededor del ombligo, su hijo/a tuvo que suspender las actividades que estaba haciendo?

- 0. ___ No (si esta es su respuesta, por favor pase a la Sección C)
- 1. ___ Sí

B10a. ¿Cuánto tiempo le dura a su hijo/a este dolor abdominal intenso por el que suspendió las actividades que estaba haciendo?

- 0. ___ Menos de 1 hora
- 1. ___ 1-2 horas
- 2. ___ 3-4 horas
- 3. ___ La mayor parte del día
- 4. ___ Todo el día

B10b. En los últimos 6 meses: ¿Con qué frecuencia su hijo/a presenta ese dolor abdominal intenso por el que suspende las actividades que está haciendo?

- 1. ___ 1 vez
- 2. ___ 2 veces
- 3. ___ 3 a 5 veces
- 4. ___ 6 a más veces

B10c. Durante ese episodio de dolor abdominal intenso, ¿su hijo/a tuvo algo de lo siguiente?

B10c 1. Falta de apetito

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c 2. Náusea (ganas de vomitar)

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c 3. Vómito

0. ___ No 1. ___ Sí

B10c 4. Palidez

0. ___ No 1. ___ Sí

B10c 5. Dolor de cabeza

0. ___ No 1. ___ Sí

B10c 6. Molestia con la luz

0. ___ No 1. ___ Sí

B10d. Cuando el dolor intenso alrededor del ombligo le pasa a su hijo/a, ¿cuánto tiempo pasa antes de que se repita ese dolor abdominal intenso?

0. ___ Varios minutos

1. ___ Varias horas

2. ___ Varios días

3. ___ Varias semanas

4. ___ Varios meses

Sección C

Movimientos intestinales (“popó”, “caca”, “hacer del 2”)

En esta sección preguntaremos acerca de los movimientos intestinales. Hay muchas palabras para definir movimientos intestinales: “popó”, “caca”, “hacer del 2”. Su familia puede utilizar otras palabras para hablar del popó.

C1. En el mes pasado, ¿cada cuánto su hijo/a hace popó?








1. ___ 2 veces a la semana o menos

2. ___ 3 a 6 veces por semana

3. ___ Una vez al día

4. ___ 2 a 3 veces al día

5. ___ Más de 3 veces al día

<p>Tipo 1</p> 	<p>Como popó de chivo o conejo. Trozos duros y separados, como bolitas que pasan con dificultad.</p>
<p>Tipo 2</p> 	<p>Se parece a un racimo de uvas unido, duro y alargado.</p>
<p>Tipo 3</p> 	<p>Parece una mazorca de maíz. Como una salchicha con grietas.</p>
<p>Tipo 4</p> 	<p>Como una salchicha o serpiente lisa y blanda.</p>
<p>Tipo 5</p> 	<p>Trozos blandos, separados, que pasan fácilmente.</p>
<p>Tipo 6</p> 	<p>Fragmentos blandos sin forma, como montoncitos de avena.</p>
<p>Tipo 7</p> 	<p>Completamente líquida.</p>

C2. Mire la escala de la figura y responda: ¿Cómo era el popó de su hijo/a en el mes pasado?

1. ___ Tipo 1
2. ___ Tipo 2
3. ___ Tipo 3
4. ___ Tipo 4
5. ___ Tipo 5
6. ___ Tipo 6
7. ___ Tipo 7
8. ___ Variable: no siempre es igual

C2a. Si según la escala de la página anterior, el popó de su hijo/a es tipo 1 o tipo 2, ¿desde hace cuánto tiempo es tipo 1 o tipo 2?

0. ___ Menos de un mes
1. ___ 1 mes
2. ___ 2 o más meses

C3. En el mes pasado, ¿a su hijo/a le dolió al hacer popó?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

C4. En el mes pasado, ¿su hijo/a ha tenido el popó tan grande que haya tapado el baño?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

C5. Algunos niños aguantan el popó a pesar de tener un baño disponible. Ellos hacen esto tensionando sus cuerpos o cruzando las piernas. En el mes pasado, estando en tu casa, ¿Con qué frecuencia su hijo/a trató de aguantar el popó?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ 1 a 3 veces en el mes
- 2. ___ Una vez por semana
- 3. ___ Varias veces a la semana
- 4. ___ Todos los días

C6. ¿Algún médico o enfermera al examinar a su hijo/a le ha dicho que tiene mucho popó adentro?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

C7. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente su hijo/a ha manchado su ropa interior con popó?

- 0. ___ Nunca (si contesta nunca, por favor pase a la Sección D)
- 1. ___ Menos de una vez por mes
- 2. ___ 1 a 3 veces en el mes
- 3. ___ Una vez por semana
- 4. ___ Muchas veces por semana
- 5. ___ Todos los días

C7a. Cuando su hijo/a ha manchado su ropa interior, ¿qué tanto la ha manchado?

- 1. ___ Con pintas de popó (no con popó)
- 2. ___ Con poca cantidad de popó (menos de un popó)
- 3. ___ Con mucha cantidad de popó (un popó completo)

C7b. ¿Desde hace cuánto su hijo/a mancha su ropa interior?

- 1. ___ Menos de 1 mes
- 2. ___ 1 mes
- 3. ___ 2 meses
- 4. ___ 3 a 11 meses
- 5. ___ Un año o más

Sección D**Náuseas y vomito**

D1. En el mes pasado, ¿qué tanto su hijo/a tuvo náuseas o ganas de vomitar?

- 0. ___ Nunca (si contesta nunca, por favor pase a la pregunta D5)
- 1. ___ 1 a 3 veces en el mes
- 2. ___ Una vez por semana
- 3. ___ Dos veces por semana
- 4. ___ Tres o más veces por semana
- 5. ___ Todos los días

D2. ¿Desde cuándo su hijo/a tiene náuseas o ganas de vomitar?

- 1. ___ Un mes o menos
- 2. ___ 2 meses
- 3. ___ 3 meses
- 4. ___ 4 a 11 meses
- 5. ___ Un año o más

D3. Las náuseas de su hijo/a comienzan luego de comer?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

D4. Cuando su hijo/a tiene náuseas, presenta:

D41. Vómito 0. ___ No 1. ___ Sí

D42. Dolor de barriga 0. ___ No 1. ___ Sí

D4a. Si su hijo/a presenta náuseas y dolor de barriga al mismo tiempo, ¿cuál le molesta más?

- 1. ___ Náuseas
- 2. ___ Dolor de barriga

Las preguntas siguientes son sobre **vómito**. Vómito es cuando la comida vuelve a la boca desde el estómago y sale por la boca. Puede haber otras formas de llamar al vómito y su familia puede llamarle distinto.

D5. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente su hijo/a vomitó?

- 0. ___ Nunca (si contesta nunca, por favor pase a la pregunta D8)
- 1. ___ 1 a 3 veces en el mes
- 2. ___ Una vez por semana
- 3. ___ Varias veces por semana
- 4. ___ Todos los días

D6. ¿Desde cuándo su hijo/a tiene vómito?

- 1. ___ Un mes o menos
- 2. ___ 2 meses
- 3. ___ 3 meses
- 4. ___ 4 a 11 meses
- 5. ___ Un año o más

D7. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces su hijo/a tuvo vómito seguido ("que no para") por 2 o más horas?

- 0. ___ Nunca (si contesta **nunca**, por favor pase a la pregunta D8)
- 1. ___ Una vez
- 2. ___ 2 veces
- 3. ___ 3 veces
- 4. ___ 4 o más veces

D7a. ¿Desde hace cuánto tiempo su hijo/a tiene estos episodios de vómito seguido ("que no para")?

- 1. ___ Un mes o menos
- 2. ___ 2-3 meses
- 3. ___ 4-5 meses
- 4. ___ 6 o más meses

D7b. Cuando su hijo/a tiene vómito seguido ("que no para"), ¿presenta náuseas o ganas de vomitar?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

D7c. Cuando ese episodio de vómito seguido le para a su hijo/a, ¿cuánto tiempo pasa antes que se repita este vómito seguido ("que no para")?

- 0. ___ Varios minutos
- 1. ___ Varios días
- 2. ___ Varias semanas
- 3. ___ Varios meses

D8. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente a su hijo/a se le regresa la comida a la boca después de haber comido?

- 0. ___ Nunca (si contesta nunca, por favor pase a la Sección E)
- 1. ___ 1 a 3 veces en el mes
- 2. ___ Una vez por semana
- 3. ___ Varias veces por semana
- 4. ___ Todos los días

D8a. Si la comida se le regresa a la boca de su hijo/a, ¿esto generalmente ocurre dentro de la primera hora luego de haber comido?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

D8b. ¿Se le devuelve a su hijo/a la comida a la boca cuando está durmiendo?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

D8c. Usualmente, ¿su hijo/a tiene náuseas o vómito cuando se le devuelve la comida a la boca?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

D8d. ¿Qué es lo que usualmente su hijo/a hace cuando se le devuelve la comida a la boca?

- 0. ___ La traga
- 1. ___ La escupe

D9. ¿Alguna vez su hijo/a se fuerza a vomitar (por ejemplo, metiendo los dedos en la boca para provocar el vómito)?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ Algunas veces
3. ___ Muchas veces
4. ___ Siempre

Sección E

Otros síntomas

E1. En el mes pasado, sin intentarlo adrede, ¿qué tan frecuentemente su hijo/a presenta eructos una y otra vez?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

E2. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente su hijo/a presenta muchos pedos?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

E3. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente su hijo/a presenta la barriga más inflada que lo usual durante el día?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

E4. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente su hijo/a traga más aire de lo usual? (Puede que escuche ruido al tragarlo o no).

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

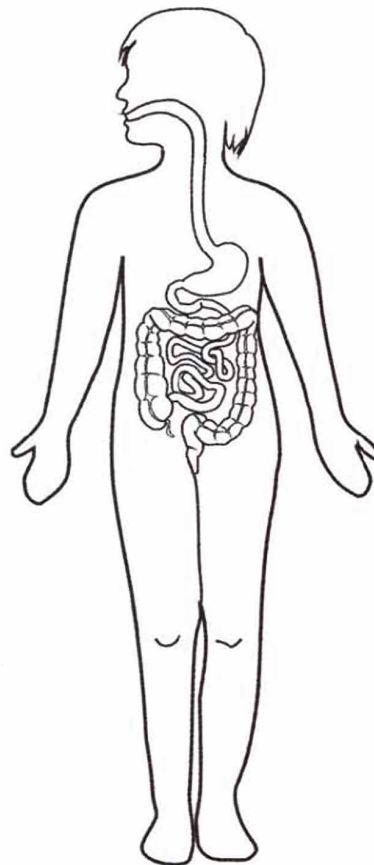
Muchas gracias

Anexo 3

CUESTIONARIO PARA SÍNTOMAS DIGESTIVOS PEDIÁTRICOS,
VERSIÓN ROMA IV (QPGS-RIV)

(Adaptado del Cuestionario de Síntomas Digestivos Pediátricos, Walker, Caplan-Dover y Rasquin-Weber, 2000)

Formato para niños, niñas y adolescentes
(Entre 10 y 18 años de edad)



INSTRUCCIONES

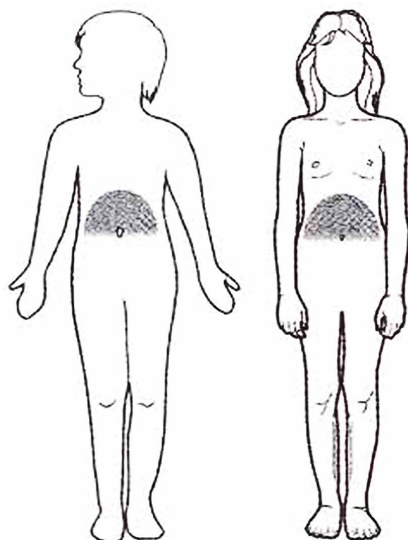
Este cuestionario es sobre el sistema digestivo (esófago, estómago, intestino delgado y colon) y problemas que puedes tener con ellos. Algunos problemas pueden existir en ti y otros no.

Por favor contesta todas las preguntas lo mejor que puedas.

Si tienes alguna pregunta, el asistente de investigación le contestará con gusto.

Sección A**Dolor y molestia por encima del ombligo**

El área sombreada en el dibujo de abajo muestra el área por encima del ombligo donde algunas personas pueden sentir dolor o molestia. Algunos términos utilizados para describir la molestia son: "dolor de barriga", "náuseas", "barriga inflada", "barriga llena" o "no tener hambre luego de haber comido en poca cantidad".



Encima del ombligo

Las preguntas de esta sección son acerca del dolor y la molestia por encima del ombligo que hayas tenido en el mes pasado. Las personas pueden tener dolor y molestia en más de un área de la barriga. En otras secciones del cuestionario, te preguntaremos por las áreas alrededor o por debajo del ombligo.

A1. En el mes pasado, ¿cuántos días has sentido dolor o molestia por encima del ombligo? (Así haya durado poco).

0. ___ Nunca
1. ___ 1 día
2. ___ 2 días
3. ___ 3 días
4. ___ 4 días
5. ___ 5 o más días

A2. En el mes pasado, ¿cuántos días has sentido ardor en el pecho? (Así haya durado poco).

0. ___ Nunca
1. ___ 1 día
2. ___ 2 días
3. ___ 3 días
4. ___ 4 días
5. ___ 5 o más días

A3. En el mes pasado, luego de una comida normal, ¿cuántos días te has sentido muy lleno o con náuseas o con la barriga más inflada que de costumbre?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ 1 día
- 2. ___ 2 días
- 3. ___ 3 días
- 4. ___ 4 días
- 5. ___ 5 o más días

A4. En el mes pasado, ¿cuántos días no fuiste capaz de terminar tu comida porque te sentiste muy lleno?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ 1 día
- 2. ___ 2 días
- 3. ___ 3 días
- 4. ___ 4 días
- 5. ___ 5 o más días

Si respondiste **nunca** en las preguntas 1, 2, 3 o 4, por favor pasa a la Sección B.

A5. ¿Cuándo sientes incomodidad o molestia por encima del ombligo (dolor, molestia, quemazón, llenura, etc.), has tenido alguna de las siguientes molestias? (Puedes elegir más de una opción):

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| A5a. Barriga más inflada que de costumbre | 0. ___ No | 1. ___ Sí |
| A5b. Náuseas (ganas de vomitar) | 0. ___ No | 1. ___ Sí |
| A5c. Eructos | 0. ___ No | 1. ___ Sí |

A6. Cuando sientes incomodidad o molestia por encima del ombligo:

- | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|
| A6a. ¿Empeoras al comer? | 0. ___ No | 1. ___ Sí |
| A6b. ¿Mejoras al comer? | 0. ___ No | 1. ___ Sí |

A7. ¿Desde hace cuánto tiempo has tenido incomodidad o molestia por encima del ombligo (dolor, molestia, quemazón, llenura, etc.)?

- 1. ___ Un mes o menos
- 2. ___ 2 meses
- 3. ___ 3 meses
- 4. ___ 4 a 11 meses
- 5. ___ Un año o más

A8. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente lo tuviste al mismo tiempo de hacer popó?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ De vez en cuando
- 2. ___ A veces
- 3. ___ La mayoría de las veces
- 4. ___ Siempre

A9. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente tu popó fue más blando o más líquido que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

A10. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente tu popó fue más duro o en trozos que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

A11. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hiciste popó más veces que lo usual?

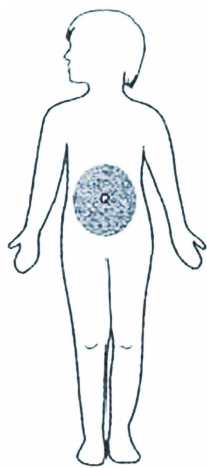
0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

A12. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia por encima del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hiciste popó menos veces que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

Sección B**Dolor y molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo**

El área sombreada en el dibujo inferior muestra el área del ombligo, alrededor del ombligo y por debajo del ombligo donde algunas personas pueden sentir dolor o molestia. A veces esta molestia es de menor intensidad que un verdadero dolor. Algunos términos utilizados son: "dolor de estómago" o "dolor de barriga".



Alrededor del ombligo



Por debajo del ombligo

B1. En el mes pasado, ¿cuántos días sentiste dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ 1 día
- 2. ___ 2 días
- 3. ___ 3 días
- 4. ___ 4 días
- 5. ___ 5 o más días

Si la respuesta es **nunca**, por favor pasa a la Sección C.

B2a. ¿Sientes dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo **solo** cuando comes o luego de comer?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B2b. Solo para mujeres: ¿Sientes dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo **solo** cuando tienes la menstruación?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí
- 2. ___ Aún no me llega la primera menstruación

B3. ¿Desde hace cuánto tiempo has tenido dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo?

1. ___ Un mes o menos
2. ___ 2 meses
3. ___ 3 meses
4. ___ 4 a 11 meses
5. ___ Un año o más

B4. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente lo tuviste al mismo tiempo de hacer popó?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B5. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente tu popó fue más blando o más líquido que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B6. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente tu popó fue más duro o en trozos que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B7. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hiciste popó más veces que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B8. En el mes pasado, cuando tuviste dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, ¿qué tan frecuentemente hiciste menos popó que lo usual?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ A veces
3. ___ La mayoría de las veces
4. ___ Siempre

B9. ¿Estás tomando medicamentos para el estreñimiento o popó duro?

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí
- 2. ___ No sé

B9a. Si tu respuesta es **sí**, ¿qué tan frecuentemente mejora tu dolor o molestia en el ombligo, alrededor del ombligo o por debajo del ombligo, cuando tomas los medicamentos?

- 0. ___ Nunca
- 1. ___ De vez en cuando
- 2. ___ A veces
- 3. ___ La mayoría de las veces
- 4. ___ Siempre

B10. ¿Alguna vez, debido a dolor abdominal intenso alrededor del ombligo, tuviste que suspender las actividades que estabas haciendo?

- 0. ___ No (si esta es tu respuesta, por favor pasa a la Sección C)
- 1. ___ Sí

B10a. ¿Cuánto tiempo dura este dolor abdominal intenso por el que suspendiste las actividades que estabas haciendo?

- 0. ___ Menos de 1 hora
- 1. ___ 1-2 horas
- 2. ___ 3-4 horas
- 3. ___ La mayor parte del día
- 4. ___ Todo el día

B10b. En los últimos 6 meses: ¿Con qué frecuencia se presenta ese dolor abdominal intenso por el que suspendiste las actividades que estabas haciendo?

- 1. ___ 1 vez
- 2. ___ 2 veces
- 3. ___ 3 a 5 veces
- 4. ___ 6 a más veces

B10c. Durante ese episodio de dolor abdominal intenso, ¿tuviste algo de lo siguiente?

B10c1. Falta de apetito

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c2. Náusea (ganas de vomitar)

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c3. Vómito

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c4. Palidez

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c5. Dolor de cabeza

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10c6. Molestia con la luz

- 0. ___ No
- 1. ___ Sí

B10d. Cuando el dolor intenso alrededor del ombligo pasa, ¿cuánto tiempo pasa antes de que se repita ese dolor abdominal intenso?

- 0. ___ Varios minutos
- 1. ___ Varias horas
- 2. ___ Varios días
- 3. ___ Varias semanas
- 4. ___ Varios meses








Sección C

Movimientos intestinales (“popó”, “caca”, “hacer del 2”)

En esta sección preguntaremos acerca de los movimientos intestinales. Hay muchas palabras para definir movimientos intestinales: “popó”, “caca”, “hacer del 2”. Tu familia puede utilizar otras palabras para hablar del popó.

C1. En el mes pasado, ¿cada cuánto haces popó?

- 1. ___ 2 veces a la semana o menos
- 2. ___ 3 a 6 veces por semana
- 3. ___ Una vez al día
- 4. ___ 2 a 3 veces al día
- 5. ___ Más de 3 veces al día

<p>Tipo 1</p>		<p>Como popó de chivo o conejo. Trozos duros y separados, como bolitas que pasan con dificultad.</p>
<p>Tipo 2</p>		<p>Se parece a un racimo de uvas unido, duro y alargado.</p>
<p>Tipo 3</p>		<p>Parece una mazorca de maíz. Como una salchicha con grietas.</p>
<p>Tipo 4</p>		<p>Como una salchicha o serpiente lisa y blanda.</p>
<p>Tipo 5</p>		<p>Trozos blandos, separados, que pasan fácilmente.</p>
<p>Tipo 6</p>		<p>Fragmentos blandos sin forma, como montoncitos de avena.</p>
<p>Tipo 7</p>		<p>Completamente líquida.</p>

C2. Mira la escala de la página anterior y responde: ¿Cómo era tu popó en el mes pasado?

1. ___ Tipo 1
2. ___ Tipo 2
3. ___ Tipo 3
4. ___ Tipo 4
5. ___ Tipo 5
6. ___ Tipo 6
7. ___ Tipo 7
8. ___ Variable: no siempre es igual

C2a. Si según la escala de la página anterior, el popó de su hijo/a es tipo 1 o tipo 2, ¿desde hace cuánto tiempo es tipo 1 o tipo 2?

0. ___ Menos de un mes
1. ___ 1 mes
2. ___ 2 o más meses

C3. En el mes pasado, ¿te dolió al hacer popó?

0. ___ No
1. ___ Sí

C4. En el mes pasado, ¿has tenido el popó tan grande que haya tapado el baño?

0. ___ No
1. ___ Sí

C5. Algunas personas aguantan el popó a pesar de tener un baño disponible. Ellos hacen esto tensionando sus cuerpos o cruzando las piernas. En el mes pasado, estando en tu casa, ¿qué tan frecuentemente trataste de aguantar el popó?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces a la semana
4. ___ Todos los días

C6. ¿Algún médico o enfermera al examinarte ha dicho que tiene mucho popó adentro?

0. ___ No
1. ___ Sí

C7. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente has manchado tu ropa interior con popó?

0. ___ Nunca (si contestaste **nunca**, por favor pasa a la Sección D)
1. ___ Menos de una vez por mes
2. ___ 1 a 3 veces en el mes
3. ___ Una vez por semana
4. ___ Muchas veces por semana
5. ___ Todos los días

C7a. Cuando has manchado tu ropa interior, ¿qué tanto la has manchado?

1. ___ Con pintas de popó (no con popó)
2. ___ Con poca cantidad de popó (menos de un popó)
3. ___ Con mucha cantidad de popó (un popó completo)

C7b. ¿Desde hace cuánto manchas tu ropa interior?

1. ___ Menos de 1 mes
2. ___ 1 mes
3. ___ 2 meses
4. ___ 3 a 11 meses
5. ___ Un año o más

Sección D

Náuseas y vómito

D1. En el mes pasado, ¿qué tanto tuviste náuseas o ganas de vomitar?

0. ___ Nunca (si contestaste **nunca**, por favor sigue a la pregunta D5)
1. ___ Menos de una vez por mes
2. ___ 1 a 3 veces en el mes
3. ___ Una vez por semana
4. ___ Muchas veces por semana
5. ___ Todos los días

D2. ¿Desde cuándo tienes náuseas o ganas de vomitar?

1. ___ Un mes o menos
2. ___ 2 meses
3. ___ 3 meses
4. ___ 4 a 11 meses
5. ___ Un año o más

D3. ¿Las náuseas comienzan luego de comer?

0. ___ No 1. ___ Sí

D4. Cuando tienes náuseas, presentas:

D41. Vómito 0. ___ No 1. ___ Sí

D42. Dolor de barriga 0. ___ No 1. ___ Sí

D4a. Si presentas náuseas y dolor de barriga al mismo tiempo, ¿cuál te molesta más?

1. ___ Náuseas 2. ___ Dolor de barriga

Las preguntas siguientes son sobre **vómito**. Vómito es cuando la comida vuelve a la boca desde tu estómago y sale por tu boca. Puede haber otras formas de llamar al vómito y tu familia puede llamarle distinto.

D5. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente vomitaste?

0. ___ Nunca (si contestaste nunca, por favor sigue a la pregunta D8)
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

D6. ¿Desde cuándo tienes vómito?

1. ___ Un mes o menos
2. ___ 2 meses
3. ___ 3 meses
4. ___ 4 a 11 meses
5. ___ Un año o más

D7. En los últimos 6 meses: ¿Cuántas veces tuviste vómito seguido ("que no para") por 2 o más horas?

0. ___ Nunca (si contestaste **nunca**, por favor pasa a la pregunta D8)
1. ___ Una vez
2. ___ 2 veces
3. ___ 3 veces
4. ___ 4 o más veces

D7a. Desde hace cuánto tiempo tienes estos episodios de vómito seguido ("que no para")?

1. ___ Un mes o menos
2. ___ 2-3 meses
3. ___ 4-5 meses
4. ___ 6 o más meses

D7b. Cuando tienes vómito seguido ("que no para"), ¿presentas náuseas o ganas de vomitar?

0. ___ No
1. ___ Sí

D7c. Cuando ese episodio de vómito seguido para, ¿cuánto tiempo pasa antes de que se repita este vómito seguido ("que no para")?

0. ___ Varios minutos
1. ___ Varios días
2. ___ Varias semanas
3. ___ Varios meses

D8. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente se te regresa la comida a la boca después de haber comido?

0. ___ Nunca (si contestaste **nunca**, por favor sigue a la Sección E)
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

D8a. ¿Si la comida se te regresa a la boca, esto generalmente ocurre dentro de la primera hora luego de haber comido?

0. ___ No
1. ___ Sí

D8b. ¿Se te devuelve la comida a la boca cuando estás durmiendo?

0. ___ No
1. ___ Sí

D8c. Usualmente, ¿tienes náuseas o vómito cuando se te devuelve la comida a la boca?

0. ___ No
1. ___ Sí

D8d. ¿Qué es lo que usualmente haces cuando se te devuelve la comida a la boca?

0. ___ La tragas 1. ___ La escupes

D9. ¿Alguna vez te fuerzas a vomitar (por ejemplo, metiendo los dedos en la boca para provocar vómito)?

0. ___ Nunca
1. ___ De vez en cuando
2. ___ Algunas veces
3. ___ Muchas veces
4. ___ Siempre

Sección E

Otros síntomas

E1. En el mes pasado, sin intentarlo adrede, ¿qué tan frecuentemente presentas eructos una y otra vez?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

E2. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente presentas muchos pedos?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

E3. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente presentas la barriga más inflada que lo usual durante el día?

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

E4. En el mes pasado, ¿qué tan frecuentemente tragas más aire de lo usual? (Puede que escuches ruido al tragarlo o no).

0. ___ Nunca
1. ___ 1 a 3 veces en el mes
2. ___ Una vez por semana
3. ___ Varias veces por semana
4. ___ Todos los días

Muchas gracias