



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia de síntomas de intestino irritable en población asistente a centros comerciales de Santiago de Chile

A.M. Madrid-Silva^{a,*}, C. Defilippi-Caffri^b, G. Landskron-Ramos^a, F. Olguín-Herrera^c,
A. Reyes-Ponce^d, A. Castro-Lara^d, S. Larraín-Corp^e, N. Martínez-Roje^e
y J. Cortés-Espinoza^e

^a Laboratorio de Enfermedades Funcionales Digestivas, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Programa de Fisiología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^c Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^d Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica, Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^e Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 31 de enero de 2013; aceptado el 2 de julio de 2013

Disponible en Internet el 27 de noviembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Síndrome de intestino irritable;
Prevalencia;
Población general;
Santiago;
Chile

Resumen

Antecedentes: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo caracterizado por dolor o malestar abdominal, asociado a alteraciones del hábito intestinal. Tanto prevalencia como características clínicas son variables en Latinoamérica. Un porcentaje de pacientes no consulta; la real prevalencia solo puede establecerse encuestando población no seleccionada.

Objetivos: Estudiar la prevalencia y las características clínicas de síntomas de SII en sujetos no seleccionados de Santiago, Chile.

Métodos: Participaron 437 mayores de 15 años (246 mujeres), asistentes a centros comerciales, quienes respondieron el cuestionario validado de Roma II para SII. Se registraron antecedentes demográficos, socioeconómicos, comorbilidades y antecedentes familiares de SII.

Resultados: Un 64.1% relató síntomas digestivos y el 28.6% síntomas indicativos de SII. Comparando sujetos con síntomas de SII con asintomáticos se observó en los primeros: predominio del sexo femenino (65.6 vs. 42.9; $p < 0.001$) y mayor frecuencia de colecistectomía (33.6 vs. 12.9% $p < 0.05$). La edad de inicio de los síntomas fue 30.4 años. Se observó igual porcentaje (42.4%) entre pacientes con diarrea y con estreñimiento, y un 15.2% alternante. Sujetos con mayor nivel educacional reportaron menor porcentaje de SII ($p < 0.05$). El antecedente familiar de SII estuvo presente en el 40% de sujetos con SII, comparado con sujetos asintomáticos 14.9% ($p < 0.05$). Solo el 39.2% consultó con el médico. El tratamiento y los exámenes solicitados no estuvieron acorde con los síntomas.

* Autor para correspondencia. Santos Dumont 999, Independencia, Santiago. Teléfono: +56 02 9788350; fax: +56 02 9788349.
Correos electrónicos: anamariamadrid@gmail.com, amadrid@redclinicauchile.cl (A.M. Madrid-Silva).

KEYWORDS

Irritable bowel syndrome;
Prevalence;
General population;
Santiago;
Chile

Conclusión: La prevalencia de síntomas de SII en la población estudiada es una de las más altas descritas, por lo cual los equipos de salud debieran tener los conocimientos y destrezas adecuados para su manejo

© 2013 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

The prevalence of irritable bowel symptoms in a population of shopping mall visitors in Santiago de Chile

Abstract

Background: Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder characterized by abdominal pain or discomfort that is associated with altered bowel habit. Both its prevalence and clinical characteristics vary throughout Latin America. A percentage of patients does not seek medical attention, therefore a reliable prevalence figure can only be established by interviewing non-selected populations.

Aims: To study the prevalence and clinical characteristics of IBS symptoms in non-selected subjects in Santiago, Chile.

Methods: A total of 437 shopping mall visitors above the age of 15 years (246 women) participated in the study by answering the Rome II validated questionnaire for IBS. The demographic and socioeconomic backgrounds, comorbidities, and a family history of IBS were registered.

Results: A total of 64.1% subjects reported having gastrointestinal symptoms and 28.6% had symptoms suggestive of IBS. When the subjects with IBS symptoms were compared with the asymptomatic individuals, a predominance of women (65.6 vs. 42.9, $P < .001$) and a greater cholecystectomy frequency (33.6 vs. 12.9% $P < .05$) were observed in the former. The age of symptom onset was 30.4 years. An equal percentage of subjects (42.4%) presented with diarrhea and constipation and 15.2% presented with alternating IBS. Participants with a higher educational level reported a lower percentage of IBS ($P < .05$). A family history of the disease was present in 40% of the subjects with IBS, compared with 14.9% in the asymptomatic individuals ($P < .05$). Only 39.2% of the subjects had seen a physician for their symptoms and the treatment and tests ordered were inappropriate.

Conclusion: The prevalence of IBS symptoms in the population studied is one of the highest described. Therefore, health teams should have the necessary knowledge and skill required for its management.

© 2013 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de intestino irritable (SII) forma parte de un subgrupo dentro de los denominados trastornos digestivos funcionales, caracterizados por dolor abdominal o malestar asociado a cambios en el hábito intestinal y trastornos de la defecación. Los denominados criterios de Roma han establecido definiciones tanto en lo relativo a las características de estas alteraciones como de su duración¹⁻³.

Trabajos de investigación en este grupo de pacientes han revelado diferentes trastornos fisiopatológicos, entre ellos: hiperalgesia visceral^{4,5}, alteraciones de la motilidad y del tránsito intestinal^{2,6,7}, cambios en la microbiota⁸ y otros asociados a trastornos de la esfera psicosocial⁹.

Su impacto en la salud de la población es importante, ya que constituye un elevado porcentaje de las consultas a gastroenterólogos en Estados Unidos de Norteamérica y una importante causa de ausentismo laboral^{2,10}. Su impacto económico es de gran magnitud debido a los requerimientos de un mayor número de consultas médicas, exámenes y medicamentos en comparación con la población que no presenta SII¹¹⁻¹³.

Esta afección se inicia precozmente; se estima que afecta a entre un 10 y un 15% de los escolares, de los cuales la mitad sigue presentando sus síntomas en la edad adulta¹⁴.

Su prevalencia es variable, de acuerdo con las comunidades estudiadas; en varios países latinoamericanos oscila entre el 9 y el 18%¹⁵, si estas variaciones son reales, o son el resultado de investigaciones en diferentes grupos de población, o dependen del uso en las encuestas de distintos instrumentos o de la existencia o no de confirmación posterior del diagnóstico, es motivo de controversia. Hoy en día se dispone de encuestas bien estructuradas que permiten una aproximación importante al diagnóstico, permitiendo simultáneamente reducir la presencia de afección orgánica.

Se considera que la mayoría de los pacientes con SII no consulta por sus síntomas¹³, por lo tanto, la única forma de establecer la prevalencia real en una población es encuestar a un número importante de individuos de una población no seleccionada. Al respecto, no hay antecedentes en nuestro medio de un estudio con estas características.

Nuestro objetivo fue estudiar la prevalencia de síntomas concordantes con SII en una población no seleccionada en

1	¿Ha presentado dolor o malestar centrado en el abdomen en los últimos 12 meses, durante 12 semanas: sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta es sí ¿éste se encuentra ubicado? sobre el ombligo y bajo el esternón <input type="checkbox"/> bajo el ombligo <input type="checkbox"/> en todo el abdomen <input type="checkbox"/>	9	En forma habitual ¿cómo son sus deposiciones? blandas formadas A <input type="checkbox"/> blandas disgregadas B <input type="checkbox"/> líquidas C <input type="checkbox"/> formadas de consistencia normal D <input type="checkbox"/> formadas duras E <input type="checkbox"/> caprinas (como bolitas) F <input type="checkbox"/> acompañadas de mucosidad G <input type="checkbox"/> acompañadas de sangre H <input type="checkbox"/>
2	¿Su dolor se pasa después de ir al baño a obrar? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	10	Cuando va al baño a obrar, ¿presenta algunas de las siguientes características? dificultad durante el obrar A <input type="checkbox"/> dolor durante el obrar B <input type="checkbox"/> apuro o emergencia de ir a obrar C <input type="checkbox"/> sensación de que su evacuación fue incompleta D <input type="checkbox"/>
3	Cuando su dolor abdominal o molestia se inicia, ¿va esto asociado a un cambio en el número de sus deposiciones? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	11	¿Presenta con frecuencia náuseas o sensación de asco? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta fue sí ¿con qué frecuencia? todos los días A <input type="checkbox"/> a veces B <input type="checkbox"/> con períodos largos entre su repetición C <input type="checkbox"/>
4	Cuando su dolor abdominal o molestia se inicia, ¿va esto asociado a un cambio en la consistencia de sus deposiciones? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta es sí: ¿Se hacen más blandas A <input type="checkbox"/> ¿más duras? B <input type="checkbox"/>	12	¿Presenta hinchazón? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta fue sí ¿con qué frecuencia? a veces A <input type="checkbox"/> todos los días B <input type="checkbox"/> durante todo el día C <input type="checkbox"/> después de comer D <input type="checkbox"/>
5	¿Presenta diarrea con frecuencia? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	13	Presenta sensación de pesadez o de llenura después de comer sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
6	Sólo si su respuesta es sí ¿con qué frecuencia? 1 vez por semana A <input type="checkbox"/> más de 2 veces por semana B <input type="checkbox"/> 1 vez al mes C <input type="checkbox"/> 2 veces por mes D <input type="checkbox"/>	14	¿Presenta vómitos frecuentes? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta fue sí ¿con qué frecuencia? todos los días A <input type="checkbox"/> menos de 3 veces por semana B <input type="checkbox"/> menos de 1 vez por mes C <input type="checkbox"/>
7	¿Y en ése caso cómo son sus deposiciones? líquidas A <input type="checkbox"/> disgregadas B <input type="checkbox"/> blandas formadas C <input type="checkbox"/> acompañadas de mucosidad D <input type="checkbox"/> acompañadas de sangre E <input type="checkbox"/>	15	¿Presenta ardor en la boca del estómago? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
8	En forma normal o habitual ¿con qué frecuencia obra? todos los días A <input type="checkbox"/> más de 3 veces a la semana B <input type="checkbox"/> menos de 3 veces C <input type="checkbox"/>	16	¿Presenta ardor en el pecho (sensación quemante)? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta es sí ¿siente que el ácido o una pequeña cantidad de líquido o alimento le llega a la boca? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Si su respuesta fue sí ¿con qué frecuencia? todos los días A <input type="checkbox"/> 3 veces por semana B <input type="checkbox"/> una vez por semana C <input type="checkbox"/>

Figura 1 Encuesta con criterios de Roma II para el diagnóstico de síndrome de intestino (adaptada de criterios de Roma II)¹⁶.

Santiago de Chile, utilizando como herramienta la encuesta Roma II para SII.

Métodos

Se realizó un estudio transversal a través de encuestas realizadas en días no laborales por internos de medicina de la Universidad de Chile, quienes fueron previamente adiestrados para su aplicación.

Esta investigación fue llevada a cabo entre junio y julio del 2005 en 5 grandes centros comerciales, localizados en las zonas oriente (n=88), centro (n=88), norte (n=87), poniente (n=85) y sur (n=89) de la ciudad de Santiago.

Los encuestadores se instalaron en los ingresos de los centros comerciales e invitaron directamente a hombres y mujeres mayores de 15 años a responder en forma directa y voluntaria a un cuestionario, sin compensación de ningún tipo ni beneficio adicional.

Características epidemiológicas: se recolectó información sobre las características demográficas, como género, edad, comuna de residencia en Santiago (no se incluyó a residentes de otras localidades). El nivel educacional y la ocupación actual. Las comunas de residencia se ordenaron en 5 áreas geográficas, las que agrupan en general poblaciones de diferente nivel socioeconómico, siendo la zona 1 la que representa el nivel más alto y la zona 5 el nivel más bajo. El nivel educacional y la ocupación se agruparon en 5 categorías: 1) educación universitaria completa y/o título

universitario; 2) estudiantes de educación media completa o universitaria incompleta; 3) dueñas de casa y empleadas domésticas; 4) empleado con estudios técnicos completos, y 5) obreros no especializados (con estudios medios no completos).

Con el fin de determinar la prevalencia de síntomas de SII, se utilizó una versión adaptada al español del cuestionario modular para trastornos funcionales gastrointestinales de Roma II (fig. 1¹⁶).

Para el diagnóstico de SII, se utilizó como criterio una respuesta afirmativa a la pregunta (P) asociada a 2 o más respuestas afirmativas a las P 2, P 3, P 4 y respuesta negativa a las P 11, P 13, P 14, P 15 y P 16. Diagnóstico de SII con diarrea predominante (SII-D): los criterios para SII y 2 o más respuestas afirmativas a P 4 A, P 5, P 6 B, P 7 A-D, P 9 A-C y P 10 C.

Diagnóstico de SII con estreñimiento predominante (SII-E): los criterios para SII y 2 o más respuestas afirmativas de P 4 B, P 8 C, P 9 D-F, P 10 A-D.

Para el diagnóstico de SII alternante (SII-A), se usaron los criterios para SII y respuesta afirmativa de P 4 A y B y P 9 A y F.

Se consultó por la presencia de comorbilidad (hipertensión arterial, diabetes mellitus, daño hepático crónico, nefropatía), antecedentes quirúrgicos, uso de medicamentos en el momento de la encuesta, antecedente de familiar con diagnóstico de SII (padres, hermanos, abuelos, tíos), exámenes realizados a causa de los síntomas y edad de inicio de síntomas digestivos.

Tabla 1 Antecedentes epidemiológicos de los sujetos encuestados

	Total	Asintomáticos	SII	Otros síntomas	p
<i>N</i> (%)	437 (100)	154 (35.2)	125 (28.6)	158 (36.15)	NS
<i>Años, media ± DE</i>	42.7 ± 14.6	41.1 ± 15.5	45.2 ± 15.2	42.5 ± 13.0	NS
<i>Rango edad</i>	15-82	15-71	17-82	18-81	NS
<i>Sexo H/M (%)</i>	191/246 (43.7/56.3)	88/66 (57.1/ 42.9)	43/82 (34.4/ 65.6) ^a	60/98 (38/ 62.0) ^b	0.001 ^a 0.001 ^b
	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>N</i> (%)	<i>p</i>
<i>Zona residencia</i>					
1	122 (100)	60 (49.2)	35 (28.6)	27 (22.1)	NS
2	48 (100)	12 (25.0)	9 (18.7)	27 (56.3)	NS
2	53 (100)	10 (18.9)	14 (26.4)	29 (54.7)	NS
4	87 (100)	34 (39.0)	23 (26.5)	30 (34.5)	NS
5	127 (100)	38 (30.0)	44 (34.6)	45 (35.4)	NS
<i>Nivel educacional</i>					
1	98 (100)	47 (48.0)	15 (15.3) ^c	36 (36.3)	< 0.01 ^c
2	58 (100)	26 (44.1)	19 (32.2)	14 (23.7)	NS
3	78 (100)	19 (24.4)	26 (33.3)	33 (42.3)	NS
4	174 (100)	54 (31.0)	54 (31.0)	66 (38.0)	NS
5	28 (100)	8 (28.6)	11 (39.3)	9 (32.1)	NS
<i>Antecedente familiar de SII</i>	121 (27.6)	23 (14.9)	50 (40) ^d	48 (30.3)	< 0.001 ^d

^a Al comparar el grupo con síntomas de SII y asintomáticos.

^b Al comparar el grupo con otros síntomas digestivos y asintomáticos.

^c Al comparar entre sujetos con síntomas de SII del grupo 1 y los otros grupos.

^d Al comparar el grupo con síntomas de SII y asintomáticos.

Tamaño muestral

Ya que no existían estudios previos que reportaran la prevalencia de SII en nuestro país, para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la estimación presentada en el Consenso Latinoamericano de Síndrome de Intestino Irritable¹⁵, correspondiente a una prevalencia máxima de 18%. De acuerdo con la fórmula utilizada para el cálculo de tamaño muestral, establecimos un tamaño muestral mínimo de 391 encuestas para alcanzar una potencia del 80% y un error alfa de 0.05.

Análisis estadístico

Todas las encuestas elegibles fueron codificadas con un número correlativo manteniendo confidencial la identidad de los sujetos. En el análisis de datos se utilizó el software STATA 9.0. Se compararon la edad y la presencia de SII (por género y sin esta variable) con la prueba de la *t* de Student. Se compararon las variables categóricas con la χ^2 de Pearson o prueba exacta de Fisher. Los posibles factores de riesgo, como sexo femenino, antecedentes familiares de SII y nivel ocupacional, se determinaron con análisis de regresión logística. Se calculó la razón de momios, con intervalos de confianza del 95%.

Los datos se presentan como el promedio \pm desviación estándar. Todos los valores de *p* calculados son de 2 colas y se consideró significativo un valor *p* < 0.05.

Comité de Ética

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética Científico del Hospital Clínico Universidad de Chile.

Resultados

Se realizaron 437 encuestas correspondientes a 191 hombres y 246 mujeres, con una edad de 42.8 ± 14.9 y 42.9 ± 14.4 años, respectivamente, rango 15-82 años. Ciento cincuenta y cuatro sujetos (35.2%) revelaron haber estado asintomáticos del tracto gastrointestinal en el periodo encuestado (tabla 1).

Doscientos ochenta y tres sujetos (64.8%) relataron la presencia de síntomas digestivos. Ciento veinticinco (28.6%) reportaron síntomas compatibles con SII según los criterios de Roma II. Se observó el mismo número de sujetos 53 (42.4%) en los subgrupos con SII-D y SII-E, y solo 19 (15.2%) presentaron SII-A, sin diferencias por sexo.

Los sujetos restantes correspondieron a un grupo de pacientes con síntomas heterogéneos, entre los cuales predominaron manifestaciones de reflujo, dolor epigástrico, dispepsia y otros, que no fueron tabulados.

Antecedentes demográficos

Al comparar datos demográficos de sujetos con síntomas de SII y de sujetos asintomáticos, se observó una mayor proporción de mujeres en el grupo de SII (65.6%) y en cambio

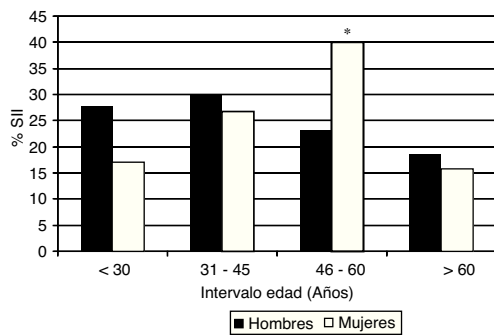


Figura 2 Distribución porcentual de hombres y mujeres con síntomas de intestino irritable en diferentes grupos etarios. Se observan diferencias significativas al comparar hombres y mujeres en el grupo etario de 46-60 años y al comparar mujeres de este grupo con menores de 30 años y mayores de 60 años.
* $p < 0.05$.

en sujetos asintomáticos el porcentaje de mujeres fue de 42.9%; por otro lado, no se observaron diferencias en las edades de ambos grupos (45.2 años vs. 41.1 años).

La distribución porcentual del género en diferentes grupos etarios en SII se observa en la figura 2: el porcentaje de pacientes mujeres con síntomas de SII aumenta progresivamente y alcanza su máximo entre 46-60 años, apreciándose diferencias significativas con hombres del mismo grupo y con mujeres mayores o menores ($p < 0.05$). En cambio, en los hombres no se observan variaciones con la edad.

En relación con el nivel educacional (tabla 1), se observa que la mayor parte de los sujetos encuestados, tanto los que presentaron síntomas de SII como los asintomáticos, se agrupan en el nivel 4 (estudios técnicos). Al comparar la distribución porcentual de los sujetos con síntomas de SII y asintomáticos, se observó un menor porcentaje de SII en el grupo de mayor escolaridad, sin diferencias en los otros grupos. En relación con la zona de residencia, la mayor parte de los sujetos provenían de las áreas 1 y 5; no hubo diferencias en la distribución porcentual entre sujetos con síntomas de SII y los asintomáticos en las diferentes áreas de residencia (tabla 1).

Factores de riesgo para síndrome de intestino irritable

El antecedente familiar de SII estuvo presente en el 40% de los sujetos con SII; en cambio, solo el 14.9% de los asintomáticos relató este antecedente ($p < 0.001$) (tabla 1).

El análisis univariado de los factores analizados demostró que el sexo femenino tiene un mayor riesgo para SII, pero no es significativo ($p = 0.057$). La presencia de antecedentes familiares fue significativa ($p < 0.01$). El antecedente de poseer educación universitaria se asoció a una menor presencia de síntomas de SII, que fue significativa ($p < 0.02$).

El antecedente de cirugía se encontró en 107 sujetos con 108 cirugías (38.7%), las intervenciones más frecuentes fueron colecistectomía, apendicectomía y ginecológicas. En la tabla 2, se observa que más del doble de los sujetos con SII fueron sometidos a colecistectomía en comparación con los sujetos asintomáticos ($p < 0.05$). Esta diferencia se mantiene al considerar solamente mujeres. En cambio, la

Tabla 2 Datos clínicos de los sujetos con síntomas de síndrome de intestino irritable y asintomáticos

	Síndrome intestino irritable	Asintomáticos
<i>Cirugías</i>		
Colecistectomía	42 (33.6%)*	20 (12.9%)
Apendicectomía	13 (10.4%)	19 (12.3%)
C. ginecológica	7 (5.6%)	0
Otras	4 (3.2%)	3 (1.9%)
Total	66 (52.8%)*	42 (27.2%)
<i>Enfermedades concomitantes</i>		
Hipertensión arterial	28 (22.4%)*	19 (1.3%)
Diabetes mellitus	14 (11.2%)*	6 (3.8%)
Otras	20 (16%)*	9 (5.8%)
Total	62 (49.6%)*	34 (22.07%)

* $p < 0,05$ al comparar sujetos con síntomas de SII y asintomáticos.

Tabla 3 Uso de fármacos en pacientes con síntomas de SII

Fármacos	Síndrome intestino irritable
IBP	13 (35.1%)
Antiespasmódicos	12 (29.7%)
Procinéticos	1 (2.7%)
Otros	12 (32.4%)
Total	37

IBP: inhibidores de la bomba de protones.

apendicectomía se presentó con una frecuencia similar en ambos grupos.

Otras intervenciones quirúrgicas se observaron en muy baja proporción en ambos grupos.

Al analizar la presencia de enfermedad concomitante (tabla 2), destacan hipertensión arterial y diabetes mellitus; su frecuencia es significativamente mayor en pacientes con síntomas de SII ($p < 0.05$).

La edad promedio del inicio de los síntomas de SII fue 30,4 años, rango 11 a 69 años.

Cuarenta y nueve (39.2%) de los sujetos con SII consultó médico. De los sujetos con SII que consultaron, en 28 se realizaron exámenes; el más frecuente fue endoscopia en 13 sujetos, 8 exámenes de sangre, 4 ultrasonido abdominal y ultrasonido abdominal y endoscopia en 3.

De los 49 sujetos con SII que consultaron, 37 (75.5%) reportaron haber recibido algún tratamiento por sus síntomas (tabla 3); el fármaco más frecuentemente utilizado fue un inhibidor de la bomba de protones en el 35.1% de los casos.

Discusión

Nuestros resultados muestran una elevada frecuencia de síntomas digestivos en población que acude a grandes centros comerciales en las distintas zonas de Santiago (64.8%). Entre estos pacientes, un 28% presentó síntomas, los que de acuerdo con los criterios de Roma II eran compatibles con SII. Las restantes manifestaciones clínicas no pudieron ser

evaluadas adecuadamente, debido a que la encuesta utilizada en el presente estudio solo incluyó preguntas de Roma II para definir el SII.

Características generales

En Latinoamérica, se ha descrito una prevalencia de SII entre el 9 y el 18%¹⁵, similar a la población hispana de Estados Unidos¹⁷.

En Europa, una encuesta telefónica con gran número de sujetos reveló una prevalencia global del 11.5%, siendo esta más alta en Italia y en el Reino Unido¹⁸. En Estados Unidos de Norteamérica, la prevalencia en una encuesta que involucró a 5.000 pacientes se situó en un 14.1%¹⁹. Dos estudios recientes en México revelaron una prevalencia de SII cercana al 16%^{20,21}; en Colombia, se reportó una prevalencia algo mayor (19.9%)²² y en Uruguay esta fue del 10.9%²³.

En Chile, resultados de una encuesta a gastroenterólogos chilenos sobre SII, en la cual se consultó a los encuestados si creían tener SII, la respuesta fue afirmativa en un 22%²⁴.

Comparado con los datos obtenidos en este trabajo, podemos decir que la población que asiste a centros comerciales de diferentes zonas de Santiago tiene una elevada prevalencia de síntomas de SII, 28.6%, una de las más altas del mundo, similar a la observada en Nigeria²⁵.

Es difícil establecer qué factores pudieran estar relacionados con esta mayor prevalencia de SII en nuestro país. A diferencia de otras enfermedades, como la coleditiasis, el factor étnico no pareciera ser relevante, ya que una comunicación reciente²⁶ reveló en una población rural mapuche una prevalencia del 22%, solo algo menor a la observada en el presente estudio. Considerando que no hay estudios previos que permitan establecer una variabilidad en el tiempo de la prevalencia de SII, solo se podría especular que la principal variante en los últimos decenios en nuestro medio han sido cambios muy relevantes en el ámbito socioeconómico.

La edad de inicio está en los rangos establecidos en otros trabajos, aunque este antecedente no aparece claramente definido en los principales estudios²⁷⁻²⁹; en Latinoamérica, se ha estimado con un promedio de 42 años¹⁵.

En relación con los subgrupos SII-D y SII-E, llama la atención, en nuestro estudio, la baja prevalencia del grupo alternante, en el cual ambos síntomas están presentes, en comparación con lo observado en un estudio europeo, donde esta forma de presentación se observó en un 63%¹⁸. Sin embargo, los resultados observados en diversas revisiones indican una gran variabilidad al respecto en las diferentes poblaciones estudiadas dependiendo, en parte, de la metodología empleada para establecer el diagnóstico^{18,27,28}.

Factores de riesgo

Una mayor prevalencia de síntomas de SII en el sexo femenino, como la reportada en otros estudios³⁰, estuvo asociada, en el presente trabajo, al grupo etario de 40-60 años y no alcanzó significación en el grupo total de la encuesta.

El hallazgo de que el grupo con mayor escolaridad presenta un porcentaje significativamente menor de síntomas de SII es interesante; no existen antecedentes en la literatura que analicen directamente este factor. Un estudio indica que un menor nivel socioeconómico y un mayor nivel

de ansiedad se asocian a una mayor prevalencia de SII³¹. Sin embargo, el factor socioeconómico no pareciera tener una relación directa en nuestro estudio, ya que la distribución en relación con áreas cuya población difiere en forma importante en este aspecto es similar. Es posible que el nivel educacional per se pudiera determinar una mejor adaptación a los síntomas.

Otro factor que diferencia en forma importante el grupo de pacientes con síntomas de SII es el antecedente familiar de la misma enfermedad (40%) al compararlo con el grupo de pacientes asintomáticos (14.9%). Una observación similar ha sido efectuada en otros estudios^{32,33}.

La interpretación de estos datos es compleja; algunos trabajos indican fuertemente la influencia del medio familiar; se ha demostrado que los hijos de los padres con SII tienen un mayor número de consultas médicas³⁴. Las evidencias de un factor genético están basadas en estudios que muestran una mayor concordancia en gemelos monocigóticos, en comparación con gemelos dicigóticos^{35,36}, aunque este hallazgo no ha sido confirmado en todos los estudios³⁷.

Diferentes trabajos han asociado el SII al polimorfismo del transportador de la serotonina, IL-10, receptor de la colecistoquinina y otros^{37,38}.

Impacto médico

Al analizar las características del grupo de pacientes con SII, hay que considerar que un porcentaje de ellos probablemente sean portadores de afección orgánica, especialmente el grupo con diarrea. Su estudio podría llevar a establecer otros diagnósticos, como colitis microscópica, enfermedad celíaca y enfermedad inflamatoria intestinal. Qué porcentaje de afección orgánica con estas características pudiera estar presente en este grupo de pacientes no fue evaluado en este estudio.

Algunos estudios han reportado un mayor número de cirugías en pacientes con SII^{27,39}, principalmente colecistectomía, pero también apendicectomía y cirugía ginecológica; este fenómeno fue también observado en nuestra encuesta.

Resulta interesante el hecho de que un 33.6% de los sujetos con SII habían sido sometidos a colecistectomía en comparación con 13% de los asintomáticos; esta proporción se mantiene al analizar solo a pacientes del sexo femenino. Es posible que la presencia de síntomas digestivos en pacientes con SII sea el determinante de que se establezca con más frecuencia el diagnóstico de coleditiasis y, por ende, que se realice una colecistectomía, a veces profiláctica, criterio ampliamente aceptado en nuestro medio. No está clara la asociación con enfermedades orgánicas, como la hipertensión arterial, que no compromete el tubo digestivo.

El porcentaje de pacientes que consulta al médico es similar al descrito en otro estudio²⁸; llama la atención que la mayor parte de los exámenes realizados (endoscopia digestiva alta) y la terapia administrada (bloqueadores de la bomba de protones) guardan poca relación con los síntomas que probablemente los pacientes relataron a sus médicos tratantes, lo cual puede significar un importante impacto económico para las organizaciones locales de salud⁴⁰.

Es posible que, según la respectiva especialidad del médico tratante, haya un menor acercamiento a los criterios diagnósticos de enfermedad funcional digestiva, según

los síntomas que reporta el mismo paciente. Por ende, observaríamos una mayor diferencia entre la pregunta realizada por el médico tratante y la interpretación de la respuesta entregada por el paciente.

En resumen, de acuerdo con los resultados de nuestra encuesta, el grupo estudiado presenta una de las frecuencias más altas de síntomas tipo SII. Si bien sólo parte de estos pacientes consultan por estos síntomas, la orientación de la información requerida para un adecuado manejo de estos enfermos debiera verse reflejada en los planes de enseñanza de pregrado en medicina general y en cursos de postgrado para especialistas.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Longstreth G, Thompson W, Chey W, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1480-91.
- Drossman D, Camilleri M, Mayer E, et al. AGA Technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002;123:2108-31.
- Camilleri M, Heading R, Thompson W. Consensus report: clinical perspectives, mechanisms, diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002;16:1407-30.
- Kanazawa M, Hongo M, Fukudo S. Visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011;26:119-21.
- Wilder-Smith C, Robert-Yap J. Abnormal endogenous pain modulation and somatic and visceral hypersensitivity in female patients with irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2007;13:3699-704.
- Bouchoucha M, Devroede G, Dorval E, et al. Different segmental transit times in patients with irritable bowel syndrome and normal colonic transit time: Is there a correlation with symptoms? *Tech Coloproctol*. 2006;10:287-96.
- Vassallo M, Camilleri M, Phillips S, et al. Transit through the proximal colon influences stool weight in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1992;102:102-8.
- Lee BJ, Bak YT. Irritable bowel syndrome, gut microbiota and probiotics. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17:252-66.
- Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, et al. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17:131-9.
- Mitchel C, Drossman D. Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 1987;92:1282-4.
- Longstreth G, Wilson A, Knight K, et al. Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: A U S. managed care perspective. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:600-7.
- Drossman D, Li Z, Andruzzi E, et al. U S. Householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993;38:1569-80.
- Hulish D. The burden of illness of irritable bowel syndrome: Current challenges and hope for the future. *J Manag Care Pharm*. 2004;10:299-309.
- Katiraei P, Bultron G. Need for a comprehensive medical approach to the neuro-immunogastroenterology of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol*. 2011;17:2791-800.
- Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:325-43.
- Drossman D, Corazziari E, Talley N, et al., editores. Research diagnostic questions for functional gastrointestinal disorders. The functional gastrointestinal disorders. Second edition Virginia: Degon Associates Mc Lean; 2000. p. 669-714.
- Zuckerman M, Guerra L, Drossman D, et al. Comparison of bowel patterns in Hispanics and non-hispanic whites. *Dig Dis Sci*. 1995;40:1763-9.
- Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, et al. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: An international survey of 40 000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17:643-50.
- Hungin A, Chang L, Locke G, et al. Irritable bowel syndrome in the United States: Prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005;21:1365-75.
- López Colombo A, Morgan D, Bravo González D, et al. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: A population based study. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012:606174.
- Valerio-Ureña J, Vásquez-Fernández F, Jiménez-Pineda A, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in Veracruz City, Mexico: A community-based survey. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010;75:36-41.
- Gómez-Alvarez DF, Morales Vargas JG, Rojas Medina LM, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome and associated factors according to the Rome III diagnostic criteria in a general population in Colombia. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32:395-400.
- Iade B, Toma R. Frecuencia del síndrome de intestino irritable en una población de Montevideo. *Arch Med Int*. 2003;4:91-6.
- Flores S, Berdichevsky E, Castro M, et al. El síndrome de intestino irritable. La percepción médica. Encuesta de opinión. *Gastroenterol Latinoam*. 2000;11:357.
- Olubuyide I, Olawuyi F, Fasanmade A. A study of irritable bowel syndrome diagnosed by Manning criteria in an African population. *Dig Dis Sci*. 1995;40:983-5.
- Olguín F, Madrid A, Catalá M, et al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población mapuche. *Gastroenterol latinoam*. 2009;20:238.
- Rey E, Talley N. Irritable bowel syndrome: Novel views on the epidemiology and potential risk factors. *Dig Liver Dis*. 2009;41:772-80.
- Wilson S, Roberts L, Roalfe A, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome: A community survey. *Br J Gen Pract*. 2004;54:495-502.
- Grundmann O, Yoon S. Irritable bowel syndrome: Epidemiology, diagnosis and treatment: An update for health-care practitioners. *J Gastroenterol Hepatol*. 2010;25:691-9.
- Chang L, Toner B, Fukudo S, et al. Gender, age, society, culture and the patient's perspective in the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130:1435-44.
- Jerdal P, Ringström G, Agerforz P, et al. Gastrointestinal-specific anxiety: An important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. *Neurogastroenterol Motil*. 2010;22:646-79.
- Saito Y, Zimmerman J, Harmsen W, et al. Irritable bowel syndrome aggregates strongly in families: A family-based case-control study. *Neurogastroenterol Motil*. 2008;20:790-7.
- Kanazawa M, Endo Y, Whitehead W, et al. Patients and non-consulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress. *Dig Dis Sci*. 2004;49:1046-53.
- Levy R, Whitehead W, Von Korff M, et al. Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:451-6.

35. Morris-Yates A, Talley N, Boyce P, et al. Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:1311-7.
36. Mohammed I, Cherkas L, Riley S, et al. Genetic influences in irritable bowel syndrome: A twin study. *Am J Gastroenterol.* 2005;100:1340-4.
37. Saito YA, Mitra N, Mayer E. Genetic approaches to functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology.* 2010;138: 1276-85.
38. Hotoleanu C, Popp R, Pavel Trifa A, et al. Genetic determination of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2008;14:6636-40.
39. Longstreth G, Yao J. Irritable bowel syndrome and surgery: A multivariable analysis. *Gastroenterology.* 2004;126: 1665-73.
40. Schmulson MJ. El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del síndrome de intestino irritable (SII). *Rev Med Chile.* 2008;136:1398-405.