
DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional crónico y recurrente que se caracteriza por dolor o malestar abdominal asociado con cambios en la frecuencia o apariencia de las evacuaciones. Junto con la dispepsia funcional, es uno de los trastornos funcionales más comunes en todo el mundo, que no cuenta, hasta el momento, con una curación definitiva y que afecta la calidad de vida de los enfermos tanto o más que otras enfermedades crónicas. Conocer la epidemiología del síndrome de intestino irritable tiene algunas dificultades porque los informes al respecto son relativamente escasos, no se dispone de información de muchos países y los resultados dependen de los criterios utilizados para definirlo y de la población estudiada, por lo que los resultados suelen ser difíciles de comparar.

Definición, epidemiología y repercusión en la calidad de vida del síndrome de intestino irritable

María Victoria Bielsa-Fernández

ANTECEDENTES

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional crónico y recurrente que se caracteriza por dolor o malestar abdominal asociado con cambios en la frecuencia o apariencia de las evacuaciones.¹ Es, junto con la dispepsia funcional, uno de los trastornos funcionales más comunes en todo el mundo, que no cuenta, hasta el momento, con una curación definitiva y que afecta la calidad de vida de los enfermos tanto o más que otras enfermedades crónicas.²

De acuerdo con la definición creada por los expertos que diseñaron los criterios de Roma, es imprescindible la coexistencia de dolor o molestia abdominal para poder establecer el diagnóstico. El inicio del dolor debe relacionarse con cambios en la frecuencia o consistencia de las defecaciones y los síntomas deberán permanecer durante los últimos tres meses, y haber comenzado, al menos, seis meses antes de poder establecer el diagnóstico. De acuerdo con el patrón de defecación de los individuos afectados, se reconocen cuatro subtipos de síndrome de intestino irritable: 1) con predominio de estreñimiento (SII-E), 2) con predominio de diarrea (SII-D), 3) con patrón alternante o mixto (SII-M), y 4) con patrón no clasificable (SII-NC). **Cuadro 1**

Con el fin de establecer el subtipo de síndrome de intestino irritable se recomienda la utilización de la escala de heces de Bristol o gráfica de heces de Bristol (**Cuadro 2**), que se introdujo en los criterios de Roma III. Esta escala la desarrollaron Lewis y Heaton, de la Universidad de Bristol,³ quienes propusieron que la forma y consistencia de las heces dependen del tiempo que tardan en recorrer el colon. Entonces, las heces tipo 1 y 2 indican estreñimiento o un tránsito más lento; las tipo 3 y 4 corresponden a las heces normales (sobre todo el tipo 4, que son las más fáciles de defecar) y, por último, las tipo 5, 6 y 7 son heces diarreicas e indicativas de tránsito colónico acelerado.

Gastroenteróloga clínica, Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco.

Correspondencia
marivibielsa@yahoo.com.mx

Cuadro 1. Subtipos de síndrome de intestino irritable (SII)

Tipo	Características
SII-E	Heces tipo Bristol 1 o 2 en $\geq 25\%$ y Bristol 6 o 7 en $< 25\%$ de las defecaciones
SII-D	Heces tipo Bristol 6 o 7 en $\geq 25\%$ y Bristol 1 o 2 en $< 25\%$ de las defecaciones
SII-M	Heces tipo Bristol 1 o 2 en $\geq 25\%$ y Bristol 6 o 7 en $\geq 25\%$ de las defecaciones
SII-NC	Alteraciones de la consistencia de las heces pero que no cumplen con los criterios de los otros 3 subgrupos mencionados

SII-E: con predominio de estreñimiento; SII-D: con predominio de diarrea; SII-M: con patrón alternante o mixto; SII-NC: con patrón no clasificable.

Cuadro 2. Escala de heces de Bristol

Tipo	Características de las heces
1	Trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad
2	Como una salchicha compuesta de fragmentos o bolas apelmazados
3	Como una salchicha con grietas en la superficie
4	Como una salchicha lisa y blanda, fácil de expulsar (ideal)
5	Trozos pequeños de heces pastosas con bordes definidos, que son defecados fácilmente
6	De consistencia pastosa o fragmentos blandos con bordes irregulares no definidos
7	Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida

Criterios diagnósticos basados en síntomas

El síndrome de intestino irritable se reconoce desde hace más de 150 años. Cumming lo describió en 1849 de la siguiente manera: *“los intestinos una vez tienen estreñimiento y otra diarrea, en la misma persona. No puedo explicar cómo la enfermedad tiene estos dos síntomas diferentes”*.⁴ Con el paso del tiempo, este complejo sintomático ha recibido múltiples denominaciones: “colitis nerviosa”, “colon irritable”, “colitis mucosa”, “colon espástico” o “colitis espástica”. Finalmente, se acuñó el término con el que hoy se le conoce: síndrome de intestino irritable, que sirve para señalar que no se trata de un trastorno psiquiátrico o psicológico, de somatización o hipocondría.

Hasta hace algún tiempo, el diagnóstico del síndrome de intestino irritable solía establecerse por exclusión de otros posibles padecimientos de manifestación clínica similar, lo que hacía que el proceso fuera prolongado y costoso para los pacientes e instituciones de salud. A partir de la aparición de los criterios de Manning se han propuesto diversos criterios clínicos con el propósito de establecer un diagnóstico positivo basado en los síntomas, con el fin de acelerar y reducir el costo del diagnóstico.

En 1978, Manning⁵ formuló los primeros criterios clínicos basados en los síntomas. Más tarde, en 1992, un grupo de expertos se reunió en la ciudad de Roma para elaborar los criterios clínicos que así se conocen. Desde entonces, este grupo de trabajo (organizado en múltiples comités) ha modificado y actualizado los criterios dando origen a diferentes versiones: en 1999 (criterios de Roma II), en 2006 (criterios de Roma III) y en 2016 la más reciente actualización (Roma IV). Los cambios efectuados a las diferentes versiones no han afectado en forma sustancial la definición del síndrome de intestino irritable, solo han modificado algunos criterios de temporalidad, terminología y subclasificación (**Cuadro 3**).^{6,7} El Comité de Roma y algunos expertos han fomentado la aplicación de estos criterios clínicos basados en síntomas para el diagnóstico del síndrome de intestino irritable y han sido ampliamente aceptados desde hace muchos años. Sin embargo, hay que destacar que estos criterios se desarrollaron, inicialmente, para ensayos clínicos, para unificar los criterios que permitieran incluir pacientes con trastornos funcionales. Existen pocos estudios que hayan validado los criterios de Roma I, II y III y ningún estudio ha validado los criterios de Roma IV para su utilización en la práctica clínica diaria.

Epidemiología

Conocer la epidemiología del síndrome de intestino irritable tiene algunas dificultades porque los informes al respecto son relativamente escasos, no se dispone de información de muchos países y los resultados dependen de los criterios utilizados para definirlo y de la población estudiada, por lo que los resultados suelen ser difíciles de comparar.

Según la Organización Mundial de Gastroenterología, la prevalencia del síndrome de intestino irritable en Europa y América del Norte se estima en 10 a 15%. En la región Asia-Pacífico, han informado tasas de prevalencia de 0.82% en Beijing, 5.7% en el sur de China, 6.6% en Hong Kong, 8.6% en Singapur, 14% en Pakistán, 22.1% en Taiwán y en China fue de 15.9%. En Sudamérica, un estudio llevado a cabo en Uruguay informó una prevalencia general de 10.9% y en Venezuela de 16.8%. Los datos de África son muy escasos y provienen de Nigeria, en donde un estudio efectuado en estudiantes reportó una prevalencia de 26.1% y otro entre pacientes ambulatorios usando los mismos criterios comunicó una prevalencia de 33%.⁸

En México se cuenta con al menos cinco estudios de prevalencia del síndrome de intestino irritable publicados en la *Revista de Gastroenterología de México*,⁹⁻¹³ además del consenso mexicano más reciente acerca del síndrome de intestino irritable,¹⁴ en el que se informa que

La actualización permanente de los criterios de Roma no ha modificado la definición del síndrome de intestino irritable, solamente se han reformado algunos criterios de temporalidad, terminología y subclasificación.

Cuadro 3. Evolución de los criterios diagnósticos en el síndrome de intestino irritable^{6,7}

Manning	Roma	Roma II	Roma III	Roma IV
No se especifican la duración ni el tiempo de evolución de los síntomas	>12 semanas con síntomas continuos o recurrentes	>12 semanas (no necesariamente consecutivas), con síntomas presentes en los últimos 12 meses	Al menos 3 días al mes con síntomas, habiendo iniciado por lo menos 6 meses antes del diagnóstico	Al menos 1 día al mes con síntomas, habiendo iniciado por lo menos 6 meses antes del diagnóstico
• Dolor abdominal que alivia con la defecación aunado a:	• Dolor o molestia abdominal - Con 2 de los siguientes 3:	• Dolor o molestia abdominal - Asociado con 2 o más de los siguientes 3:	• Dolor o molestia abdominal - recurrente - Asociado con 2 o más de los siguientes 3:	• Dolor abdominal recurrente - Asociado a 2 o más de los siguientes 3
• Heces sueltas con el inicio del dolor • Defecaciones más frecuentes con el inicio del dolor • Distensión abdominal • Heces con moco • Sensación de defecación incompleta	1. Se alivia con la defecación o 2. Asociado con cambio en la frecuencia de la defecación o 3. Asociado con cambio en la consistencia de las heces Y 2 o más de los siguientes que deben estar presentes en el 25% de las ocasiones o días: • Cambios en la frecuencia • Cambios en la forma • Moco en las heces • Distensión abdominal (objetiva o subjetiva)	• Se alivia con la defecación • Inicio asociado con cambio en la frecuencia de la defecación • Inicio asociado con cambio en la forma o apariencia de las heces	• Se alivia con la defecación • Inicio asociado con cambio en la frecuencia de la defecación • Inicio asociado con cambio en la forma o apariencia de las heces	• Relacionado con la defecación • Inicio asociado con cambio en la frecuencia de la defecación • Inicio asociado con cambio en la forma o apariencia de las heces

la prevalencia de este síndrome en nuestro país varía de 4.4 a 35%. Esta amplia variación se debe a los diferentes criterios para definir la existencia del síndrome de intestino irritable y a las diversas poblaciones estudiadas. Hace poco, Remes-Troche y su grupo llevaron a cabo una encuesta epidemiológica en población abierta de toda la República Mexicana para investigar la prevalencia de los principales trastornos funcionales digestivos, en un proyecto denominado "SIGAME" (*Síntomas Gastrointestinales en México*).¹⁵ En este estudio encontraron que la prevalencia del síndrome de intestino irritable fue de 7.6%, 59% de los pacientes eran mujeres y la edad promedio fue de 42.4 ± 12 años. La prevalencia más baja se encontró en el suroeste de México (3.8%, IC95% 2.2 a 6.6) y la más alta en la zona centro norte (9.4%, IC95% 6.6 a 13.2) del país. El subanálisis para conocer los diferentes subtipos del síndrome de intestino irritable demostró que el más frecuente fue el SII-E (47%), seguido del SII-M (43%), el SII-D (9%) y el menos frecuente

fue el SII-NC (1%). Esto concuerda con los resultados del Consenso Mexicano de Síndrome de Intestino Irritable, en el que se afirma que los subtipos más frecuentes son los que tienen predominio de estreñimiento y el mixto.¹⁴ De todos los estudios mexicanos, solo uno informó mayor frecuencia del subtipo con predominio de diarrea, seguido del mixto.⁹⁻¹³ Otro dato interesante que surge del proyecto SIGAME es que la prevalencia del síndrome de intestino irritable aumenta en el grupo poblacional con mayor grado de educación (nivel universitario) y entre las amas de casa y profesionistas. El estudio demostró, luego del análisis multivariado, que la edad ($p=0.0001$), la ocupación ($p=0.14$) y la escolaridad ($p=0.033$) son factores de riesgo asociados con el síndrome de intestino irritable en México.¹⁵

A pesar de las diferentes prevalencias mundiales, los siguientes datos son comunes en todo el mundo respecto del síndrome de intestino irritable: 1) lo padecen sobre todo individuos entre 15 y 65 años; 2) el grupo etario de 30 a 50 años es el que habitualmente consulta al médico por primera vez; 3) la prevalencia es mayor en mujeres (aunque este dato no se reproduce en algunos estudios de la India); 4) la prevalencia disminuye entre los individuos de mayor edad y 5) la prevalencia estimada del síndrome de intestino irritable en niños es similar a la de adultos.⁸

Como consecuencia de la incapacidad y ansiedad originadas por los síntomas, a los pacientes con esta enfermedad se les practican más cirugías innecesarias por diagnósticos inapropiados.

Repercusiones en la calidad de vida

Estudios de Europa y América del Norte han documentado ampliamente el efecto del síndrome de intestino irritable en la calidad de vida y delineado detalladamente los factores que contribuyen a modular los síntomas en la vida cotidiana de un paciente determinado. Es claro que el síndrome de intestino irritable tiene un efecto similar en la calidad de vida en el resto del mundo, aunque los datos están menos definidos.¹⁶ Se documentó que debido a la incapacidad y ansiedad que puede causar la persistencia de los síntomas en algunos individuos, a los pacientes con síndrome de intestino irritable se les practican más cirugías innecesarias por diagnósticos inapropiados que a la población general. El riesgo de practicar una colecistectomía es dos a tres veces mayor y el riesgo de realizar apendicectomías o histerectomías es del doble en los enfermos con síndrome de intestino irritable en comparación con la población general.¹⁷

En una encuesta de Estados Unidos se informó que, incluso, 68% de los participantes dejó de realizar una actividad social al menos una vez por semana y que la afectación de la calidad de vida en los pacientes con síndrome de intestino irritable es comparable con la que experi-

mentan pacientes con enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal y cáncer de colon. También mencionaron que los familiares cercanos y las parejas de los pacientes con síndrome de intestino irritable reportan mayores niveles de estrés y ansiedad, comparables con los que experimentan los cuidadores de personas con demencia o de pacientes terminales.¹⁵

Otro estudio mexicano efectuado en el Hospital General de México,¹⁸ diseñado para conocer la frecuencia de ansiedad y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, concluyó que 85% de los pacientes con esta enfermedad sufren de ansiedad de acuerdo con la escala de Hamilton, lo que no se asoció con algún subtipo en particular de síndrome de intestino irritable y que la ansiedad influyó negativamente y de forma significativa en su calidad de vida afectando a estos pacientes en los ámbitos físico, mental y emocional.

Repercusiones económicas

Como la mayor parte de las enfermedades crónicas, el síndrome de intestino irritable tiene importantes repercusiones económicas para los pacientes y los sistemas de salud. Los costos directos se deben, principalmente, a los estudios necesarios para establecer el diagnóstico y a los tratamientos, tanto de medicamentos prescritos por los profesionales de la salud como por la inmensa cantidad de productos de venta libre para el control de los síntomas del síndrome de intestino irritable. A éstos se suman los costos indirectos por ausentismo y “presentismo”. Este término hace referencia a la condición en la que un trabajador, por miedo a perder su empleo, acude a su lugar de trabajo enfermo o incapacitado para desempeñar a plenitud sus labores, lo que provoca disminución de la productividad.¹⁹

El 85% de los pacientes mexicanos con síndrome de intestino irritable sufre cuadros de ansiedad que merman su calidad de vida.

Existe poca información acerca del desembolso directo que hacen los pacientes con síndrome de intestino irritable, porque se dispone de muchas opciones de tratamiento que no requieren ser indicadas por los sistemas de salud (medicina alternativa) y la mayor parte de las preparaciones o medicamentos consumidos para controlar los síntomas del síndrome de intestino irritable están disponibles sin receta (medicamentos de venta libre).²⁰ Hay estimaciones que sugieren que entre 15 y 43% de los pacientes toman remedios de venta libre, casi 66% de ellos compran laxantes, 30% analgésicos y 32% adquiere más de tres medicamentos.²¹

En Estados Unidos los costos por atención de la salud son 50% mayores que en un sujeto sano de la misma edad. De 25 a 49% de los pacientes

con síndrome de intestino irritable acuden a consulta en el primer nivel de atención, 19 a 30% en el segundo nivel e incluso 36% será referido para su atención en el tercer nivel. Aproximadamente 2 a 5% de los pacientes con síndrome de intestino irritable acudirán a algún servicio de urgencias y de éstos, 0.5 a 6.5% serán hospitalizados. Un estudio danés estimó que el costo total, entre consultas médicas y estudios diagnósticos, utilizando la estrategia de diagnóstico de exclusión de otras enfermedades en pacientes con síndrome de intestino irritable es de 5,075 dólares estadounidenses, a diferencia de utilizar la estrategia diagnóstica basada en criterios clínicos que sería de 3,160 dólares estadounidenses, lo que significa un ahorro de 1,915 dólares estadounidenses por paciente.²² Las estimaciones internacionales de los costos anuales directos por la atención de pacientes con síndrome de intestino irritable son sustanciales y varían de 742 a 7,547 dólares estadounidenses por paciente en Estados Unidos, de 90 a 316 libras esterlinas en el Reino Unido, de 567 a 862 euros en Francia, 791 euros en Alemania, 262 euros en Noruega, 259 dólares canadienses en Canadá y 92 dólares estadounidenses en Irán. El costo internacional para la industria debido al ausentismo y presentismo relacionados con el síndrome de intestino irritable se estima entre 400 y 900 libras esterlinas por paciente cada año.²³

La prevalencia de síntomas gastrointestinales, como: pirosis, dispepsia, estreñimiento, diarrea y dolor abdominal es elevada y varios estudios han demostrado que un mismo individuo puede padecer múltiples síntomas de manera simultánea.

Traslape o superposición con otros trastornos funcionales

La prevalencia de síntomas gastrointestinales, como: pirosis, dispepsia, estreñimiento, diarrea y dolor abdominal es elevada y varios estudios han demostrado que un mismo individuo puede padecer múltiples síntomas de manera simultánea. Los expertos del comité de Roma definen una serie de trastornos gastrointestinales funcionales individuales, divididos según el órgano en el que parecen originarse los síntomas (**Cuadro 4**), pero se reconoce que es frecuente que una persona padezca al mismo tiempo diferentes síntomas que pueden atribuirse a diversos trastornos funcionales.

Hace casi dos décadas se publicó el primer estudio internacional comparativo que documentó la superposición de síntomas gastrointes-

Cuadro 4. Clasificación de los trastornos funcionales digestivos según el órgano afectado

A	Trastornos funcionales esofágicos
B	Trastornos funcionales gastroduodenales
C	Trastornos funcionales intestinales c1 = síndrome de intestino irritable
D	Síndrome de dolor abdominal funcional
E	Trastornos funcionales de la vesícula biliar y el esfínter de Oddi
F	Trastornos funcionales anorrectales

tinales, evaluó la prevalencia de síntomas consistentes con los criterios de Roma. En ese estudio se enviaron al azar cuestionarios a sujetos en cuatro diferentes naciones (Rochester, Minnesota, Estados Unidos; Sídney, Australia; Essen, Alemania y Osthrammar, Suecia). En los cuatro países se reportaron grupos de síntomas homogéneos consistentes con uno de cuatro grupos: síndrome de intestino irritable, dispepsia (funcional y no investigada), enfermedad por reflujo gastroesofágico y estreñimiento.²⁴ En el condado de Olmsted, Minnesota, enviaron a una muestra aleatoria, estratificada por edad (30 a 64 años) y sexo, un cuestionario validado para registrar síntomas gastrointestinales, utilizando definiciones estándar para identificar a las personas con reflujo gastroesofágico, dispepsia, síndrome de intestino irritable, estreñimiento y diarrea. Se estimó la prevalencia de personas que cumplieron con múltiples complejos sintomáticos entre 643 individuos y encontraron que la asociación de dos síntomas ocurrió entre 4 y 9% de la población y la de tres síntomas en 1 a 4% de la población estudiada. La superposición entre síndrome de intestino irritable, dispepsia y estreñimiento fue similar a la de síndrome de intestino irritable, dispepsia y diarrea, excepto en el índice de masa corporal, que fue mayor en el grupo de superposición de diarrea ($p=0.03$), los investigadores concluyeron que la superposición de síntomas es frecuente en la comunidad.²⁵

La calidad de vida de los pacientes con síndrome de intestino irritable se agrava en función de las enfermedades concurrentes: dispepsia, estreñimiento, reflujo gastroesofágico, diarrea o pirosis funcional.

Otro estudio llevado a cabo en Dinamarca tuvo como objetivo investigar la prevalencia y la superposición de reflujo gastroesofágico o pirosis funcional, dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable, tres trastornos funcionales digestivos comunes con efecto significativo en la vida cotidiana de los individuos. Se incluyeron 100,000 personas mayores de 20 años de la población general seleccionadas al azar, a quienes enviaron un cuestionario por internet que exploraba la existencia de síntomas de dispepsia funcional y síndrome de intestino irritable (extraídas del cuestionario de adultos de Roma III) y de reflujo gastroesofágico (con base en la definición de Montreal). La tasa de respuesta global fue de 52.2%. La prevalencia de reflujo, dispepsia y síndrome de intestino irritable fue: 11.2, 7.7 y 10.5%, respectivamente. El traslape entre dos y tres de estas afecciones se observó en 6.5% de los encuestados. Entre los individuos que cumplieron con los criterios de uno o más padecimientos, 30.7% tenía superposición de dos o de las tres enfermedades investigadas. Los investigadores concluyeron que el reflujo, la dispepsia y el síndrome de intestino irritable son padecimientos frecuentes en la población general y la superposición entre éstas también es bastante común.²⁶

Otro estudio multicéntrico efectuado en China continental, en el que se investigó la coexistencia de perfiles sintomáticos de trastornos funcionales digestivos proximales, relacionados con factores de riesgo en

pacientes con síndrome de intestino irritable, incluyó pacientes de las clínicas ambulatorias de gastroenterología de tres hospitales y se registraron todos los síntomas que se manifestaron al menos una vez por semana en los últimos tres meses, utilizando los criterios de Roma III para el diagnóstico de trastornos funcionales esofágicos, gastroduodenales y síndrome de intestino irritable. Entre 2007 y 2009 se atendieron 8,906 pacientes consecutivos, de los que 751 cumplieron criterios de Roma III para diagnóstico de síndrome de intestino irritable, pero solo 735 pacientes participaron en la entrevista. Encontraron que los tres síntomas digestivos superiores más frecuentes entre los pacientes con síndrome de intestino irritable fueron: plenitud posprandial (30.6%), eructos (27.1%) y regurgitación (21.8%). Los tres trastornos funcionales digestivos altos diagnosticados en sujetos con síndrome de intestino irritable fueron: dispepsia funcional (36.7%), eructos funcionales (27.1%) y pirosis funcional (16.3%). El sexo femenino, ser divorciado o viudo, el pujo rectal, la disminución de movimientos intestinales, el síndrome de intestino irritable con patrón mixto, la distensión abdominal y el dolor abdominal leve fueron factores asociados con la superposición de síndrome de intestino irritable y la dispepsia funcional. Asimismo, también el sexo femenino, la ingesta de alcohol, el malestar abdominal y la distensión moderada fueron factores de riesgo independientes para la superposición de síndrome de intestino irritable con eructos funcionales.²⁷

Los criterios diagnósticos de Roma III separan a los pacientes con estreñimiento crónico en dos diferentes trastornos funcionales mutuamente excluyentes: el síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento y el estreñimiento funcional. Sin embargo, varios expertos opinan que ambas afecciones no son trastornos diferentes, sino las partes de un mismo problema. Para tratar de aclarar esta situación, investigadores de la Universidad de Carolina del Norte examinaron los estudios que compararon síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento y estreñimiento funcional respecto de los síntomas, mecanismos fisiopatológicos y respuesta al tratamiento. Los autores encontraron que, aunque los estudios tenían varias limitaciones, no hay síntomas ni pruebas fisiológicas que separen de manera confiable el síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento del estreñimiento funcional. Sin embargo, la hipersensibilidad y el dolor visceral tienen una asociación más estrecha con el síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento y el tránsito colónico retrasado tiende a ser más común en los pacientes con estreñimiento funcional. Aunque algunos tratamientos son eficaces contra ambos trastornos, como los agentes de prosecretorios, otros tratamientos son específicos del síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento (por ejemplo, antidepresivos, antiespasmódicos, terapia

Los tres síntomas digestivos superiores más frecuentes en pacientes con síndrome de intestino irritable fueron: plenitud posprandial, eructos y regurgitación.

de comportamiento cognoscitiva) o del estreñimiento funcional (por ejemplo, prucaloprida, biorretroalimentación). Las pruebas fisiológicas que comparan estos trastornos deben incluir sensibilidad al dolor visceral, tiempo de tránsito colónico, tiempo de expulsión de balón y manometría recto-anal o electromiografía del canal anal. Hasta la fecha, las diferentes respuestas al tratamiento proporcionan la evidencia más fuerte de que el síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento y el estreñimiento funcional pueden ser distintos trastornos, en lugar de partes de un espectro de uno solo.²⁸

El estudio SIGAME efectuado en población abierta de México encontró traslape entre síndrome de intestino irritable y el reflujo gastroesofágico en 1.1% de los sujetos, síndrome de intestino irritable-dispepsia funcional en 0.9% y síndrome de intestino irritable-reflujo-dispepsia en 0.6%.²⁹ Esta prevalencia parece diferir según la zona geográfica y la condición económica. Puede concluirse que, debido a la alta prevalencia de los trastornos funcionales digestivos, la superposición entre los trastornos más frecuentes es muy probable. Solo el estudio de China reporta asociación del síndrome de intestino irritable con el trastorno de eructos funcionales.

REFERENCIAS

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-91.
2. Salhy M, Gundersen D, Gilja OH, Hatlebakk JG, Hausken T. Is irritable bowel syndrome organic disorder? *World J Gastroenterol* 2014; 20: 384-400.
3. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997 Sep;32(9):920-4.
4. Saha, L. Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol* 2014; 20(22): 6759-73.
5. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW et al. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ* 1978; 2 (6138): 653-4.
6. Furman DL, Cash BD. The role of diagnostic testing in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin N Am* 2011; 40: 105-119.
7. Bai T, et al. Comparison of the Rome IV and Rome III criteria for IBS diagnosis: A cross-sectional survey. *J Gastroenterol Hepatol* 2017; 32:1018-1025.
8. Quigley EM, et al. WGO Global Guidelines SII. World Gastroenterology Organization, septiembre 2015 www.wgo.org
9. Schmulson M, Ortiz O, Santiago-Lomeli M, et al. Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. *Dig Dis* 2006; 24: 342-7.
10. Valerio-Ureña J, et al. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz. *Rev Gastroenterol Méx* 2010; 75: 36-41.
11. Schmulson M, Lopez-Colombo A, Mendoza-Gomez A, et al. The Rome III Adult Questionnaire in Spanish-Mexico has a low sensitivity for identifying IBS and higher sensitivity for uninvestigated dyspepsia. *Gastroenterology* 2012;142 Suppl. 1. S-829.
12. Amieva-Balmori M, et al. Síndrome de intestino irritable en México. Estudio nacional utilizando cuestionario modular Roma III. *Rev Gastroenterol Mex* 2014;79 (supl 2): 22-3.

13. López-Colombo A, et al. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: A population-based study. *Gastroenterol Res Pract* 2012; 2012: 60617.
14. Carmona-Sánchez R et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2016; 81: 149-167.
15. Amieva-Balmori M, Remes-Troche JM. Epidemiología del síndrome de intestino irritable en México. En: Remes-Troche JM editor. *Síntomas gastrointestinales en México –Un estudio epidemiológico- SIGAME*. 1ª ed. México: Editorial ASECOM; 2015: 83-98.
16. Quigley E, Abel-Hamid H, Barbara G, et al. A global perspective on irritable bowel syndrome. A Consensus Statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2012; 46: 356-65.
17. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology* 2004; 126: 1665-73.
18. Fosado-Gayosso M, et al. Asociación entre ansiedad y calidad de vida en los diferentes subgrupos de síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex* 2011;76: 295-301.
19. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Comm Health* 2000; 54: 502-509.
20. Inadomi JM, Fennerty MB, Bjorkman D. Systematic review: the economic impact of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18:671-82.
21. Paré P, Gray J, Lam S, et al. Health related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: baseline results from LOGIC Longitudinal Outcomes Study of Gastrointestinal Symptoms in Canada), a naturalistic study. *Clin Ther* 2006; 28: 1726-35.
22. Begtrup LM, Engsbro AL, Kjeldsen J, et al. A positive diagnostic strategy is noninferior to a strategy of exclusion for patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 956-62.
23. Canavan C, et al. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40: 1023-1034.
24. Talley NJ, Holtmann G, Agneus L, Jones M. Gastrointestinal symptoms and subjects cluster into distinct upper and lower groupings in the community: a four nations study. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1439-47.
25. Locke GR III, et al. Overlap of gastrointestinal symptom complexes in a US community. *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17: 29-34.
26. S Rasmussen S, Jensen TH, Henriksen SL, Haastrup PF, Larsen PV, Søndergaard J, Jarbøl DE. Overlap of symptoms of gastroesophageal reflux disease, dyspepsia and irritable bowel syndrome in the general population. *Scand J Gastroenterol* 2015; 50:162-9.
27. Yao X, Yang YS, Cui LH, et al. The overlap of upper functional gastrointestinal disorders with irritable bowel syndrome in Chinese outpatients: A multicenter study. *J Gastroenterol Hepatol* 2016; 31:1584-93.
28. Siah KT, Wong RK, Whitehead W. Chronic constipation and constipation-predominant IBS: Separate and distinct disorders or a spectrum of disease? *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2016; 12: 171-8.
29. Gómez-Escudero. Epidemiología del síndrome de intestino irritable en México. En: Remes-Troche JM editor. *Síntomas gastrointestinales en México –Un estudio epidemiológico- SIGAME*. 1ª ed. México: Editorial ASECOM; 2015: 161-177.