

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROMA II, EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA ESCUELA JOSÉ MARÍA VARGAS DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. CARACAS, MAYO 2005.

Dra. Rivas Adrianys, Br. Vargas Caribay, Br. Torres Fernando, Br. López Soledad, Br. Graterol Fredzzia, Dr. Raffaele Pandolfo, Dr. Piñero Ramón.
Hospital Vargas de Caracas, Servicio de gastroenterología y Escuela de medicina "José María Vargas"- Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es una entidad clínica idiopática crónica, recurrente y común, de difícil diagnóstico por la falta de exámenes definitivos para identificar esta entidad, siendo la base diagnóstica la evaluación sintomática. Se ha descrito el estrés emocional como un factor predisponente para la aparición de los síntomas que identifican al SII, pudiéndose presentar con una alta prevalencia en la población joven y universitaria. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de Síndrome de Intestino Irritable, según los Criterios de Roma II, en la población de estudiantes de medicina de la Escuela José María Vargas de Caracas, Venezuela. **Materiales Y Métodos:** A una muestra de 198 estudiantes, aparentemente sanos, de la Escuela José María Vargas, escogidos al azar, se les aplicó una encuesta, tipo cuestionario, previo consentimiento verbal individual, en la que se interrogaban los criterios de Roma II, en el período de abril-mayo 2005. **Resultados:** Según los criterios de Roma II la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en esta población estudiantil es de 21.16%, de los cuales 75% fueron del sexo femenino, mientras que de la población masculina solo el 16,39% cumplieron estos criterios. Con una edad promedio de 20.25 años. **Conclusion:** Existe una alta prevalencia de SII en la población estudiantil universitaria de medicina, donde se puede presentar como factor predisponente el estrés.

Palabras Claves: Síndrome de intestino irritable, prevalencia, estrés, estudiantes de medicina

SUMMARY

Introduction: Irritable bowel syndrome (IBS) is a clinical, idiopathic, chronic and common disorder of difficult diagnosis because of the lack of definitive tests to identify this disease; the diagnosis is based on symptomatic evaluation. A correlation between the prevalence of this disorder and day to day stress has been found, therefore a high prevalence could be found in populations such as university students, especially those in the health area. **Objective:** This study attempts to determine the prevalence of this disorder in the population of medical students at the José María Vargas School, according to the Rome II criteria. Caracas - Venezuela. **Materials And Methods:** A questionnaire - type survey was applied to a sample of 198 apparently healthy, randomly selected students, of the José María Vargas School of Medicine, in the time period of April-May 2005. **Results:** According to the Rome II criteria the prevalence of IBS in this student population is of 21,16%, 75% of which were females. Among the male population surveyed, only 16,39% fulfilled these criteria. The mean age was 20 years. **Conclusion:** There is a high prevalence of Irritable Bowel Syndrome in the medical student population, where high levels of stress may act as a predisposing factor.

Key Words: Irritable bowel syndrome, prevalence, stress, medical students.

INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable es una entidad clínica idiopática crónica y episódica caracterizada por la combinación de síntomas abdominales crónicos acompañados de alteración del hábito intestinal, ya sea diarrea o estreñimiento, continuos o intermitentes.(1) Este síndrome es un problema frecuente en la población general con una prevalencia del 10-15%,(2) con una predominancia en mujeres (5,7%) sobre hombres (3,7%). Su incidencia tiende a aumentar en la adolescencia, con un pico en la tercera y cuarta década de la vida (35 a 50 años), en la población joven universitaria asiática se ha descrito una prevalencia de un 5,7%(3)

No se ha descrito un mecanismo único responsable de los síntomas. Se ha visto que existen tres factores interrelacionados responsables de la sintomatología: la alteración en la reactividad intestinal (motilidad y secreción) en respuesta a estímulos lumbales y ambientales, la hipersensibilidad intestinal produciendo percepción de dolor visceral exacerbado y la falta de regulación del eje cerebral-intestinal, que probablemente se asocia a una hiperreactividad y alteración en la percepción o modulación de señales viscerales ascendentes.(1) Aún cuando no se ha demostrado una causa orgánica para este síndrome se sabe que existen agentes a los que los individuos se encuentran predispuestos, y que se creen responsables de la aparición de los síntomas y en algunos casos de empeorarlos, dentro de los más importantes se encuentran el estrés emocional y la dieta; basados en la información recolectada de pacientes cuyo diagnóstico ya ha sido establecido y que reportan que sus síntomas se presentan después de las comidas o bajo situaciones de estrés(4)

Sus manifestaciones clínicas principales son el dolor abdominal que se modifica con la defecación, dolor asociado con el cambio del hábito intestinal, dolor asociado con cambios en la consistencia de las heces, distensión abdominal, sensación de evacuaciones incompletas y heces acompañadas de moco. El predominio de los síntomas intestinales permite dividir la población afectada en tres subgrupos: con predominio de diarrea, con predominio de estreñimiento y el alternante (de los dos patrones), siendo los tres subgrupos de prevalencia similar. (1)

La falta de exámenes diagnósticos definitivos para esta entidad, ha hecho que éste se convierta en un diagnóstico de exclusión. En 1978 Manning et al. Desarrollaron criterios prácticos para evaluar a esos pacientes con síntomas sugestivos de esta patología funcional. Luego en 1992 con los criterios de Roma I, y en 1999 con los criterios de Roma II, se llega a un nuevo consenso para el diagnóstico de esta patología siendo estos últimos los más utilizados en la actualidad (5) Se consideran como criterios de Roma II a la presencia de por lo menos 12 semanas, consecutivas o no, en los últimos 12 meses, con la presencia de los siguientes síntomas continuos o recurrentes de(6): Cuadro 1

Dolor o discomfort abdominal y
Dos o más de los siguientes:
- Se alivia con la defecación
- Y/o se asocia con cambios en la frecuencia de las heces
- Y/o se asocia con cambios en la consistencia de las heces
Cualquiera de los siguientes, por lo menos en 25% del tiempo
-Alteración de la frecuencia de las heces (>3 /día ó <3/semana)
-Cambios en la forma de las heces
-Alteración en el tránsito intestinal
-Presencia de moco
-Distensión abdominal
Tomándose como signos de alarma, o banderas rojas:
-Pérdida de peso documentada
-Síntomas nocturnos
-Sangre en las heces
-Uso frecuente de antibióticos
-Historia familiar de cáncer colónico
-Anormalidades relevantes en el examen físico

Aún cuando no se ha demostrado que el Síndrome de Intestino Irritable conlleve a ninguna enfermedad seria es posible que formas más severas de la enfermedad produzcan la incapacidad del paciente para la realización de actividades diarias y de relaciones sociales normales. De allí la importancia del estudio y reconocimiento de la patología.

De igual forma, es causa de un gran porcentaje de ausentismo laboral y de morbilidad (7) De tal manera que si se realiza un diagnóstico precoz y un reconocimiento temprano de los síntomas repercutiría en la disminución de la incidencia de dicho síndrome y de la misma forma en la utilización de un tratamiento de la enfermedad a tiempo, siendo esta una patología comprendida y diagnosticada de manera errónea y tratada insuficientemente.(8)

En nuestra población, los estudiantes del área de la salud, y entre ellos los de medicina, se encuentran sometidos a un mayor nivel de estrés diario durante el desarrollo de sus actividades en su formación universitaria pudiéndose presentar una alta incidencia por su predisposición a agentes desencadenantes. Basados en esto se planteo la realización de estudio del SII en estudiantes de medicina, para determinar la prevalencia en esta población, lograr la detección de los casos y así poder estructurar controles poblacionales que produzcan la reducción de la morbilidad, de la tasa de ausentismo laboral y en última instancia pero de mayor importancia, una mejoría en la calidad de vida y desarrollo de los pacientes que padecen de su sintomatología.

MATERIALES Y MÉTODOS

SUJETOS: Se plantea un estudio descriptivo de corte transversal, utilizando una encuesta tipo cuestionario (ver anexo). Se aplicó en las instalaciones de la escuela José María Vargas, en el período abril-mayo del 2005 a estudiantes de medicina de la escuela José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela, elegidos como muestra representativa y en forma aleatoria, previo consentimiento verbal individual.

Para la aplicación se les explico la naturaleza y objetivo del estudio. Con su aceptación, se les solicitaba responder el cuestionario con las instrucciones dadas. El encuestador permaneció junto a la persona evitando influir sobre las respuestas pero aclarando dudas sobre las preguntas.

Los criterios de inclusión:

Ser estudiante de 1° a 6° año de medicina, de ambos sexos, pertenecientes a la Escuela José María Vargas de la Universidad Central de Venezuela, en el Distrito Capital de Venezuela.

Los criterios de exclusión:

Estudiantes universitarios de otras carreras o fuera de la escuela José María Vargas,

Estudiantes que no desean ingresar al estudio,

Estudiantes con diagnóstico previo de enfermedad colorectal,

Estudiantes con antecedentes de cirugía abdominal y

Estudiantes con enfermedad psiquiátrica conocida.

MÉTODOS:

La encuesta fue aplicada al 50% de la población estudiantil general de este centro hospitalario.

El SII fue diagnosticado según los criterios de Roma II, los cuales están señalados en el cuadro 1, y se definieron:

Dolor abdominal: molestias abdominales, distensión abdominal que mejora con las defecaciones.

Constipación: hábitos intestinales de tres veces por semana, la presencia de sensación incompleta al evacuar, sensación de obstrucción anorectal, uso de maniobras manuales para facilitar la evacuación, heces duras.

Diarrea: la presencia de heces líquidas o semilíquidas con una frecuencia mayor de 3 evacuaciones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS:

Los parámetros estimados para síntomas específicos, el cual contiene la edad y el sexo como variables independientes, fueron analizados con Odds Ratios (OR), con un nivel de confianza de un 95%, el nivel de significancia para la comparación entre variables fue de $P=0,05$. El análisis estadístico fue realizado usando el software Microsoft Excel 2000, expresando los resultados a través de cuadros y gráficos.

RESULTADOS

Un total de 322 estudiantes fueron seleccionados, de los cuales se excluyeron 124, realizando la encuesta a 189 personas, de los cuales 128 (67,72%) pertenecían al sexo femenino y 61 (32,27%) al masculino (ver tabla 1), con un grupo etario comprendido entre 16 y 27 años con un promedio de 20 años.

Según los criterios de Roma II la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en esta población estudiantil es de 21.16% (40 estudiantes), de los cuales 30 (75%) estudiantes pertenecieron al sexo femenino y 10 (25%) masculinos. De los negativos para SII 98 estudiantes eran mujeres y 51 masculinos (ver tabla 2)

De la población femenina encuestada el 23.44% presentaron criterios suficientes para el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, mientras que de la población masculina solo el 16,39% cumplieron con los criterios.

De este grupo 37,5% tuvieron características de predominancia hacia la diarrea, 45% hacia la constipación y 12,5% tuvieron ambas (ver tabla 3) el restante 5% presentaron dolor abdominal que se aliviaba con la deposición sin cambios en la consistencia ni frecuencia de las heces.

El dolor abdominal acompañado de 2 de los siguientes síntomas: alteración de la frecuencia de las heces, cambios en la forma de las heces, alteración en el tránsito intestinal, presencia de moco y distensión abdominal, se presentó en un 75% de los casos. En un 20% de los casos se evidenció dolor abdominal mas 3 de los síntomas, en un 5% de los casos se asocio a 4 de los síntomas, y en ninguno de los casos se asocio a los 5 síntomas.

La distensión abdominal se evidenció en un 95% de los casos diagnosticados y la presencia de moco en las heces en un 27.5%. En el grupo con dx de SII (grupo A) la edad promedio fue de 20,25 años comparado con 19,84 años del grupo de los que no tienen SII (grupo B).

Tabla I. Distribución de la muestra según sexo

Sexo	%
Masculino	37,27
Femenino	67,72
Total	100

Distribución de la muestra según sexo

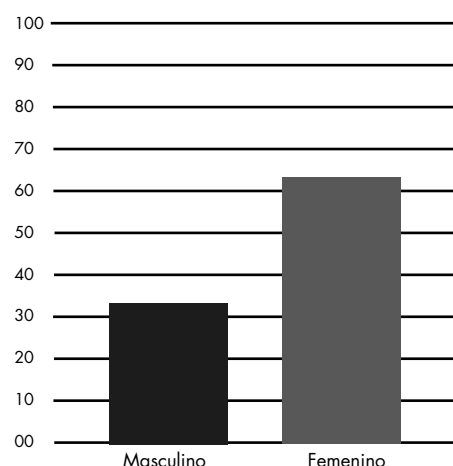


Tabla II. Prevalencia del SII de la muestra según sexo

Sexo	SII Positivo	SII Negativo
Masculino	10	51
Femenino	30	98
Total	40	149

Distribución de la muestra según sexo

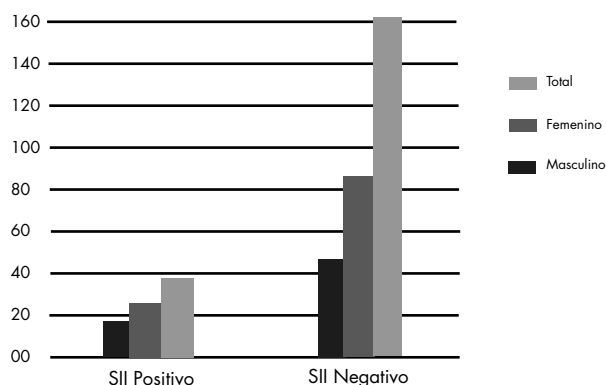


Tabla III. Frecuencia según el tipo de SII

Tipos de SII	%
Predominio Diarrea	37,5
Predominio Constipación	45
Mixto	17,5

Distribución de la muestra según sexo

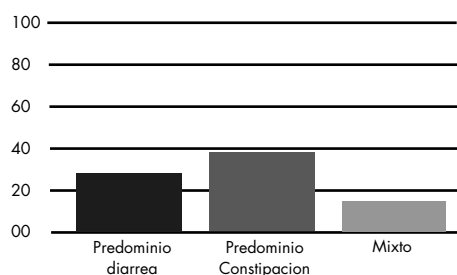


Tabla IV. Distribución de la muestra por edad

	SII positivo	SII negativo
Rango etario	20,25 años	19,84 años

DISCUSIÓN

Para la fecha no hay pruebas diagnósticas específicas para SII. Los criterios diagnósticos para facilitar su identificación han venido siendo estudiados desde hace varias décadas, basándose principalmente en la evaluación clínica. Desde 1978 Manning, se basa en 6 criterios clínicos para el diagnóstico(9), luego en 1990 se propone un sistema de score de Kruis(10) que no tuvo mucha aceptación entre los clínicos. Más recientemente los Criterios de Roma fueron establecidos por un comité internacional de trabajo en Roma, y recomendaron una serie de criterios a utilizar para el diagnóstico de SII en la práctica clínica que se denominaron Criterios de Roma(10-12). Existen pocas publicaciones que comparan todos estos métodos: en 1999 Vanner trata de evaluar la especificidad y sensibilidad de Manning, Kruis y Roma encontrando un considerable rango de sensibilidad de 42-90%, 47-81% y 60-65% respectivamente y especificidad de 70-90%, 91-99% y 100% respectivamente, concluyendo que los criterios de Roma tienen un alto valor predictivo para el Dx de SII(2). En el 2004 Hillila en Finlandia compara la prevalencia en esta población según el método utilizado y consigue 9,7-16% con Manning, 5,6% con Roma I y 5,1% con Roma II, concluyendo que la prevalencia de SII según los criterios de Roma II es considerado menor que los de

Manning(13), y más recientemente Lea et al. confirma estos resultados encontrando en su estudio 94%, 82% y 73% respectivamente(14), en nuestro trabajo se utilizaron los criterios de Roma II que son los últimos recomendados para el diagnóstico de esta patología.

En cuanto a la prevalencia se ha observado una variación dependiendo de la población estudiada, varias investigaciones lo señalan: En una población de Minnesota en 1991 Talley describe una alta prevalencia (17%) en esta región, siguiendo los criterios de Manning, con predominio del sexo femenino y en edades comprendidas entre 30-64 años, a través de una encuesta realizada telefónicamente (8), en nuestro trabajo la encuesta fue personalizada y dirigida a una población con un factor predisponente asociado, lo que pudiera influir en la alta prevalencia encontrada.

La prevalencia según Roma II de SII, fue 5,67% en un trabajo realizado en el 2004 por Xiong en una población Asiática con un impacto negativo sobre la calidad de vida del paciente(15), En Israel en el 2005 Sperber, a través de una encuesta por teléfono, obtuvo un 4,1% (3,1% femenino y 1,8% masculino) y concluyó que la presencia de SII en esta población es menor que las reportadas en otras ciudades a pesar de los altos niveles de estrés debido a las circunstancias geopolíticas de este país(16); En cuanto a poblaciones estudiantiles y la investigación acerca de la influencia de los factores de vida en 2005 Joung Kim en Corea, realizó una investigación donde se aplicó un cuestionario dirigido a 1717 jóvenes universitarios, obteniendo la prevalencia de 5,7% según Roma II, con una proporción del 70% de mujeres, reportando que esta prevalencia era mayor en esta población comparada con el resto de las otras ciudades de Corea(3); en Venezuela no hay evidencias en la literatura acerca de la prevalencia de esta patología, en nuestro trabajo se encontró 21,16% la cual se puede señalar como una de las más altas comparadas con la literatura mundial y se debe buscar algún otro factor predisponente que explique este hallazgo, por lo que consideramos que pueden realizarse otras investigaciones que estudien estas posibilidades.

REFERENCIAS

- Mertz H. Irritable Bowel Syndrome. N Engl J Med Nov. 2003;349:2136-46.
- Vanner SJ. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. American Journal of Gastroenterology. 1999; 94(10):2913-16.
- Joung Kim Y, Ban DJ. Prevalence of irritable bowel syndrome, influence of lifestyle factors and bowel habits in Korean college students. Division of biostatistics, School of Public Health. Int J Nurs Stud. 2005. Mar; 42 (3): 247-54.
- American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Irritable Bowel Syndrome. Gastroenterology 2002; 123:2105-2107.
- Klinger R, J. Klinger R, J. Síndrome de intestino irritable. Rev. méd. Chile. [online]. May 2001; 129 (5):576-80.
- Mearin F et al. Splitting irritable bowel syndrome from original Rome to Rome II criteria. American Journal of Gastroenterology. 2003. Institute Functional and Motor Digestive Disorders. Barcelona, Spain.
- Curioso W, Donaires M N, Bacilio Z. C, Ganoza G. C, León B. R. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la selva peruana. Rev Gastroenterol Perú 2002; 22 (2).
- Benasayag R, Feixas G, Mearin F, Saúl L, Lasso E. Conflictos cognitivos en el Síndrome del Intestino Irritable (SII). International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004, 4 (1): 105-19.
- Talley NJ, Zinsmeister A, Van Dyle C, Melton III J. Epidemiology of Colonic Symptoms and the Irritable Bowel Syndrome. Division of Gastroenterology. Mayo Clinic and Foundation. Gastroenterology 1991; 101: 927-34.
- Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: A technical review for practice guideline development. Gastroenterology 1997; 112:2120-37.
- Weber FH, Mc Callum R W. Clinical approaches to irritable bowel syndrome. Lancet 1992; 340: 1447-52.
- Camilleri M, Prather C M. The irritable bowel syndrome: mechanisms and a practical approach to management. Annals Int Med 1992; 116: 1001-8.
- Hillila MT, Farkkila M S. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. Division of Gastroenterology, Helsinki. University central hospital. Aliment Pharmacol Ther. 2004, aug 1; 20 (3): 339-45.
- Lea R, Hopkins V, Hasleton J, Houghton LA, Whorwell PJ. Diagnostic criteria for irritable bowel syndrome: utility and applicability in clinical practice. Medical Academic Department, South Manchester University Hospitals. Digestion 2004; 70(4): 210-3.
- Xiong LS, Chen MH, Chen HX, Xu AG, Wang WA, Hu PJ. A population-based epidemiologic study of irritable bowel Syndrome in South China: Stratified randomized study by cluster sampling. Department of gastroenterology, Sun Yat Sen University. Aliment pharmacol ther. 2004 Jun 1; 19(11): 1217-24.
- Sperber AD, Shvartzman P, Friger M, Fich A. Unexpectedly low prevalence rates of IBS among adult Israeli Jews. Department of Gastroenterology, Soroka University Medical Center. Neurogastroenterol Motil 2005 Apr; 17 (2): 207-11.

Para cualquier información o separata contactar a la:
Dra. Rivas Adrianys. Hospital Vargas de Caracas, Servicio de gastroenterología y Escuela de medicina "José María Vargas". Universidad Central de Venezuela.
E-mail: cillao@cantv.net

Fecha de Recepción Sep. 2005. Fecha de Revisión Jun. 2006. Fecha de Aprobación. Agos. 2006