

ESTUDIO DE PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN LA POBLACIÓN VENEZOLANA CON DOLOR ABDOMINAL

Dres. Jenny Romero, Saturnino Fernández, Miroslava Grillo, Manuel Gómez, Alberto Leamus, Georges Ata Badra.

RESUMEN

Objetivos: Determinar la prevalencia de SII en la población venezolana con antecedente de dolor abdominal en las siguientes ciudades: Caracas, Valencia/Maracay, Maracaibo, Puerto Ordaz y Puerto La Cruz/Barcelona, de acuerdo a parámetros como edad, sexo, sintomatología experimentada, atención médica recibida y diagnóstico previo de SII. **Pacientes Y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, con pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, de los estratos sociales B, C, D y E, provenientes de las ciudades preestablecidas. Se llenó un cuestionario modificado basado en los criterios de Roma II administrado al azar usando entrevistas individuales y directas, ejecutadas por encuestadoras entrenadas por la empresa "Estudios del Mercado Farmacéutico", durante 4 semanas, entre marzo y abril de 2003. La muestra base fue 1500 pacientes que se redujo a 850 pacientes al aplicar los criterios de Roma II. **Resultados y Discusión:** La prevalencia total del SII en pacientes venezolanos portadores de dolor abdominal, es del 59%. De los pacientes con SII 69 % observaron cambios en sus hábitos de evacuación, más frecuentes en Caracas y Puerto La Cruz/Barcelona. Los cambios en la frecuencia de las evacuaciones para diarrea y estreñimiento es 33%, seguidos por la forma alternante (27%). Los pacientes entre 18 y 28 años de Puerto La Cruz/Barcelona acuden menos a la consulta por SII, mientras que en Caracas acuden más frecuentemente (32 %). De los pacientes que cumplieron con los criterios de ROMA II, 97 % recibieron tratamiento, fundamentalmente sintomático (antiespasmódicos, laxantes, antiflatulentos y Antagonistas H2). Sólo un 5% fueron diagnosticados como portadores del SII. La media de tiempo para el diagnóstico de SII en nuestro país es 36 meses. **Conclusiones:** La prevalencia del SII en la población venezolana portadora de dolor abdominal crónico es del 59%. Los patrones encontrados, con respecto a la enfermedad, no difieren de los encontrados a nivel de la literatura mundial. Hay un importante nivel de subdiagnóstico (sobre todo a nivel de cuidados primarios) que puede influir negativamente no sólo a nivel de costos de salud sino también en la calidad de vida del venezolano.

SUMMARY

Objectives: To determine the prevalence of Irritable Bowel Syndrome (IBS) in a Venezuelan population, with a history of abdominal pain, at the following cities: Caracas, Valencia/Maracay, Maracaibo, Puerto Ordaz and Puerto La Cruz/Barcelona, according to the following parameters: age, sex, experienced symptoms, medical attention received and previous diagnosis of IBS. **Patients And Methods:** This is a descriptive, transversal study, with patients of both genders, 18 years old or older, coming from social layers B, C, D and E of pre-established cities. A modified questionnaire based on the Rome II criteria was administered at random using individual and direct interviews, executed by specially trained interviewers from ESMEFAR (Pharmaceutical Marketing Studies) during 4 weeks, between March and April of 2003. The original sample had 1500 patients that were reduced to 850 after the application of the Rome II criteria. **Results and Discussion:** The prevalence of IBS in Venezuelan patients with abdominal pain is 59%. Of the patients with IBS, 69 % observed changes in their bowel habits and these changes were more frequently seen in Caracas and Puerto La Cruz/Barcelona. Changes in number of bowel movements for diarrhea and constipation were 33% in each case, followed by the alternating form (27%). Patients between 18 and 28 years old from Puerto La Cruz/Barcelona consulted less to the physician because of IBS, whereas in Caracas, patients attended more frequently (32 %). From the total of patients who fulfilled the ROME II criteria, 97% received treatment, fundamentally for their symptoms (antispasmodics, laxatives, antiflatulents and H2 antagonists). Only 5% of patients with abdominal pain were diagnosed as carriers of IBS. The average time for diagnosis of IBS in our country is 36 months. **Conclusions:** The prevalence of IBS in the Venezuelan population with abdominal pain surveyed is 59%. The disease patterns found, do not differ from those in world-wide literature. There is an important under diagnosis (mainly at primary care levels) that can influence negatively both, in health costs and in Venezuelans quality of life.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un desorden funcional que forma parte de los llamados Desórdenes Funcionales Gastrointestinales y que abarca a entidades como la Diarrea Funcional, el Estreñimiento Funcional, la Distensión Abdominal Funcional y los Desórdenes Intestinales Funcionales no especificados (1). La prevalencia del SII oscila entre un 10 y 20% (2,3). Mientras que la prevalencia puntual se ubica en las cifras mencionadas, la prevalencia a lo largo de la vida es mucho mayor. El costo de esta enfermedad es considerable, en términos de gastos médicos directos e indirectos, cuando nos referimos al ausentismo laboral (4,5).

El SII es un problema común a lo largo de todo el mundo, afectando todas las razas y edades y a ambos sexos. La prevalencia es muy variable de acuerdo a las regiones. En China (6), la prevalencia en 12 meses, definida por los criterios de Roma II, se ubicó en un 6,6% con un predominio de la forma alternante. Aproximadamente 30 millones de norteamericanos cumplen con los criterios diagnósticos de SII (7). La revisión sistemática de los estudios llevados a cabo en el área revelan prevalecias en USA que oscilan entre 3 y 20% con los máximos estimados de prevalencia ubicándose entre 10 y 15% (7). Regiones como Croacia exhiben altas prevalencias de SII, 28% (8).

Objetivo del Estudio

Determinar la prevalencia de SII en una población venezolana con dolor abdominal crónico y su relación con el área geográfica analizada (Caracas, Valencia/Maracay, Maracaibo, Puerto Ordaz y Puerto La Cruz/Barcelona). Se incluyeron los siguientes parámetros: edad, sexo, sintomatología experimentada, atención médica recibida y diagnóstico previo de SII.

PACIENTES Y MÉTODOS

Pacientes y Diseño del Estudio

Se trata de un estudio descriptivo y transversal, de la población general, en el que se reclutaron un total de 1500 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, pertenecientes a los estratos B, C, D y E (de acuerdo al ingreso familiar: Anexo N° 1) y provenientes de las ciudades de Caracas, Valencia/Maracay, Maracaibo, Puerto Ordaz y Puerto La Cruz/Barcelona. De estos 1500 pacientes, 759 eran del sexo masculino (51%) y 741 eran mujeres (49%). El diseño del estudio incluyó un cuestionario modificado basado en los criterios de Roma II (Anexo N° 2). El cuestionario fue realizado al azar usando entrevistas individuales y directas en sitios con afluencia de público proveniente de los estratos socioeconómicos mencionados.

Fueron ejecutadas por un equipo de encuestadoras universitarias expertas en estudios de esta índole y especialmente entrenadas para tal fin por la empresa "Estudios del Mercado Farmacéutico" (ESME-FAR) durante 4 semanas entre Marzo y Abril de 2003. Por tratarse de entrevistas directas, la metodología de supervisión utilizada fue la presencia constante. El cuestionario fue utilizado para detectar inicialmente el número de pacientes que afirmaron haber presentado antecedentes de dolor abdominal en los últimos 12 meses, durante por lo menos 3 meses, no necesariamente continuos.

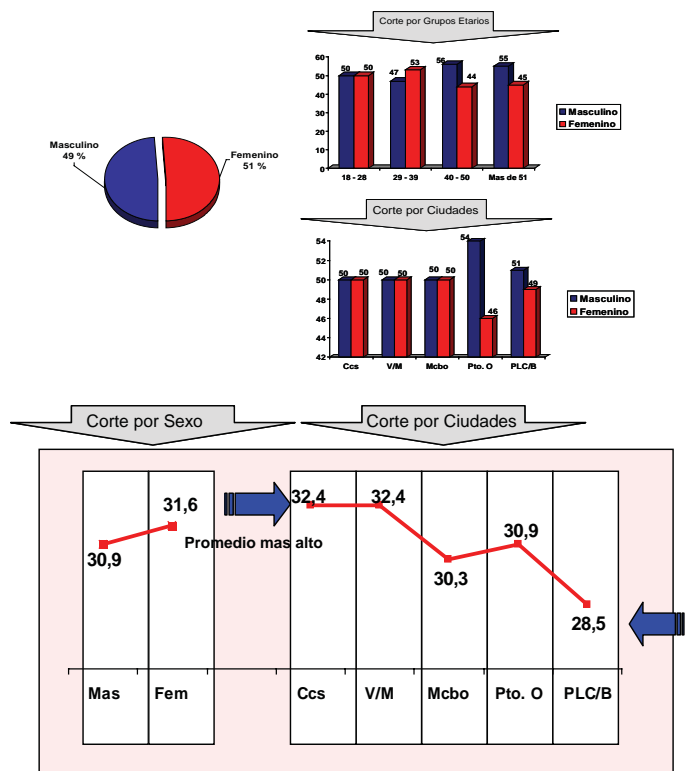
Ellos representan la muestra base del estudio y sobre la que se hacen todos los análisis y conclusiones subsecuentes (1500 pacientes). Una vez aplicados los criterios de Roma II se obtuvo el total de pacientes que cumplían dichos criterios y, por lo tanto, los portadores de la enfermedad.

RESULTADOS

Composición Muestral

Se entrevistaron un total de 1500 pacientes en 5 regiones del país: 514 (34 %) de Caracas, 300 (20 %) de Valencia/Maracay, 280 (19 %) de Maracaibo, 206 (14 %) de Puerto Ordaz y 200 (13 %) de Puerto La Cruz/Barcelona. La muestra se distribuyó de manera homogénea en relación al sexo, tanto para los diferentes grupos de edades como en las distintas ciudades evaluadas. Con respecto a las edades, el promedio fue de 31,3 años rango (18 a 60 años) (DS 9,8), distribuidos de la siguiente manera entre: 18 a 28 años con 52 %, seguido del grupo de 29 a 39 años con 24 %. En relación al sexo, este se distribuyó en forma homogénea en todos los grupos etarios evaluados. Al relacionar las edades con las ciudades evaluadas, la edad promedio estuvo entre 28,5 (DS 9,1) en la ciudades Puerto La Cruz/Barcelona y 32,4 (DS 10) en las ciudades de Caracas, Valencia/Maracay; el grupo etareo predominante fue el de 18 a 28 años en todas las regiones, con una distribución homogénea (46 a 58 %) excepto en Puerto La Cruz/Barcelona donde el número de pacientes fue de 70 %, por encima del resto de las ciudades. En la figura N° 1 se puede apreciar la composición de la muestra analizada.

Figura N° 1:



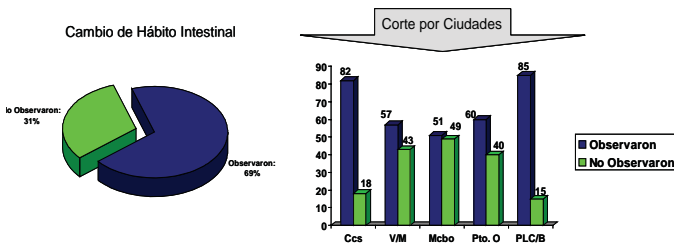
Composición de la Muestra distribuida según sexo, edad y ciudad. (Ccs=Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo=Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

PREVALENCIA

Del total de los 1500 pacientes encuestados y que inicialmente afirmaron haber presentado antecedentes de dolor abdominal en los últimos 12 meses, durante por lo menos 3 meses, no continuos, un total de 850 pacientes cumplieron con los Criterios de Roma II, lo cual nos da una prevalencia total de un 59% de pacientes portadores de dolor abdominal, cumpliendo con los criterios diagnósticos de Roma II para SII en el período considerado.

Del total de pacientes que cumplían el criterio de SII según Roma II, 69 % observaron cambios en sus hábitos de evacuación, destacando al respecto Caracas y Puerto La Cruz/Barcelona en ambos sexos (Figura N° 2).

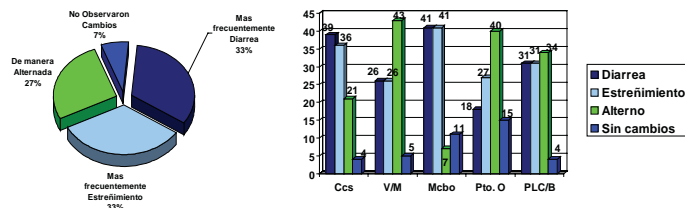
Figura N° 2:



Cambio de hábito intestinal en la muestra y su distribución por ciudades (Ccs=Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo=Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

La frecuencia de las evacuaciones correspondieron en igual número a la diarrea y al estreñimiento (33%), seguidos por la forma alternante (27%) y la ausencia de cambios en el 7%. Cuando se considera este aspecto por área geográfica, predomina el SII alternante en Puerto Ordaz (40%) y en Valencia/Maracay (43%) (Figura N° 3).

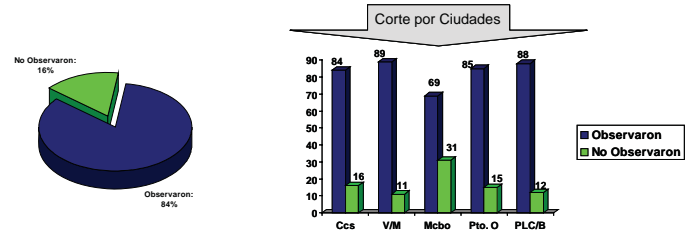
Figura N° 3:



Frecuencia de las evacuaciones en la muestra y su distribución por ciudades. (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

Del total de pacientes que cumplieron los criterios de Roma II, 84 % observaron cambio en la forma o apariencia de las evacuaciones (tales como heces duras, acuosas o aterronadas). Al revisar por ciudades, todas se mantuvieron cerca del promedio excepto en Maracaibo con 69 % (Figura N° 4).

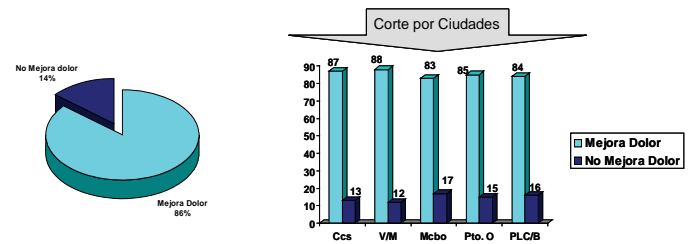
Figura N° 4:



Cambio en la forma de las evacuaciones en la muestra y su distribución por ciudades. (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

86 % de los pacientes que cumplieron los Criterios de Roma II admitió que su malestar o dolor abdominal mejora después de la evacuación, con un rango entre 83 % y 88 % en todas las ciudades (Figura N° 5).

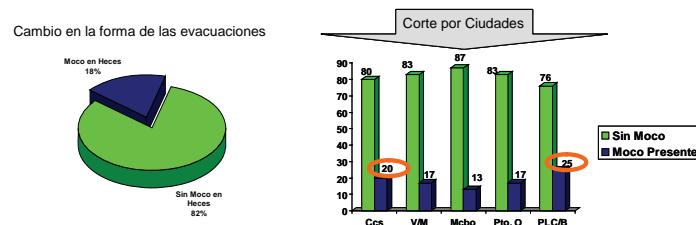
Figura N°5:



Mejoría del malestar o dolor abdominal después de evacuar en la muestra y su distribución por ciudades. (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

De la muestra entrevistada, 82 % no han observado ninguna mucosidad en sus heces, con un rango de 76 % a 87 % en las ciudades evaluadas (Figura N° 6).

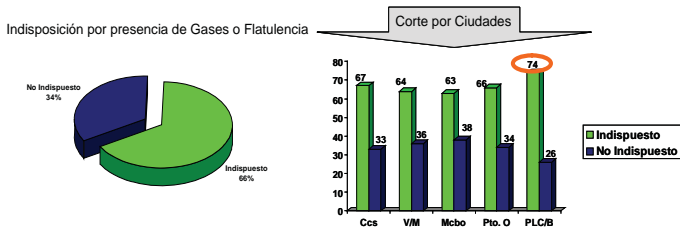
Figura N°6:



Presencia de moco en las heces en la muestra y su distribución por ciudades. (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

66 % de los entrevistados admitieron haberse sentido indispuestos debido a los gases o flatulencias (Figura N° 7). Esta alteración fue mayor, de 74 %, en Puerto La Cruz/Barcelona

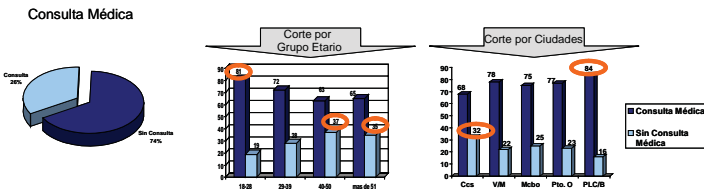
Figura N°7:



Indisposición por presencia de gases o flatulencias en la muestra y su distribución por ciudades (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

La frecuencia de visitas al médico por la combinación de las alteraciones contempladas en los Criterios de Roma II se reduce a sólo 26 % de la muestra, siendo el grupo etáreo de 40 a 50 años el que más acude a la consulta de un facultativo con 37 % y esto disminuye a medida que se tiene menos edad. Así mismo los pacientes provenientes de Puerto La Cruz/Barcelona son los que menos acuden al médico por esta causa con 16 % (Figura N° 8) a diferencia de los de Caracas, con 32 %, que es la ciudad en la que los pacientes acuden mas frecuentemente por este motivo. En relación al sexo, del total de pacientes que consultaron hubo un predominio por el sexo femenino con 59 %.

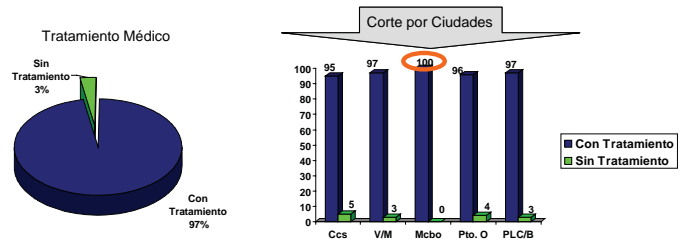
Figura N°8:



Consulta médica de la muestra y su distribución por grupos etarios y ciudades (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

Del grupo de entrevistados que refirieron haber acudido al médico para tratar estas alteraciones, 97 % afirmaron haber recibido tratamiento y esto se mantuvo en todas las ciudades evaluadas (Figura N° 9

Figura N°9:

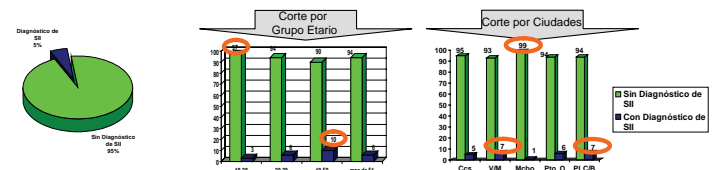


Tratamiento Médico en la muestra y su distribución por ciudades (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

Al preguntar a los pacientes el tipo de medicamento prescrito para esta dolencia, la respuesta fue muy variada y diversa. No se demostró en el análisis ningún fármaco predominante y estos en su gran mayoría solo trataban síntomas, ninguno era específico para el tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable. De los medicamentos los que más destacan son los antiespasmódicos, laxantes, antiflatulentos y Antagonistas H2.

El diagnóstico de SII sólo se hizo en un 5% de la muestra, observándose que la mayor incidencia al respecto corresponde al grupo de edades de 40 a 50 años con 10 %, siendo Maracaibo la zona donde menos se diagnostica con 1 % (Figura N° 10).

Figura N°10:



Diagnóstico de SII en la muestra y su distribución por grupos etarios y ciudades (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

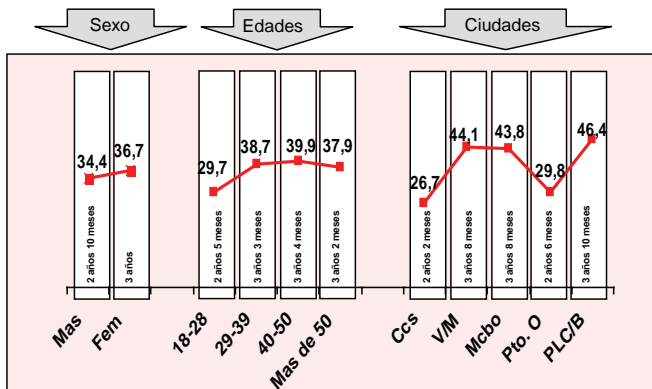
El tiempo transcurrido para llevar a cabo el diagnóstico de SII fue en promedio 36 meses (DS 36,1). Al evaluar según sexo, el masculino tuvo una media de 34,4 meses (DS 41,1) siendo este menor que el tiempo transcurrido en el femenino que fue 36,7 meses (DS 33,7); así mismo el grupo etáreo más joven (18 a 28 años) y las regiones de Caracas y Puerto Ordaz tuvieron las medias mas bajas de diagnóstico con 29,7 meses (DS 31,6), 26,7 meses (DS 35,5) y 29,8 meses (DS 24,4) respectivamente. El grupo de mayor edad, conjuntamente con la ciudad de Valencia/Maracay, Maracaibo y Puerto La Cruz/Barcelona fueron, por el contrario los que describieron mayores tiempos para establecer el diagnóstico (Tabla N° 1 y Figura N° 11).

TABLA 1:

	TOTAL #	Mas #	Fem #	18-28 #	29-39 #	40-50 #	Mas 50 #	Ccs #	V/M #	Mcbo #	Pto. O #	PLC/B #	
Tiempo Diagnóstico SII..	74	21	53	23	22	21	8	25	21	3	12	13	
1 - 6 meses	3.5	19.	29.	15.	22.	18.	14.	25.	28.	14.	33.	8.	15.
7 meses - 1 año	8.0	23.	29.	21.	26.	27.	19.	13.	36.	10.	33.	25.	15.
2 - 4 años	36.0	30.	14.	36.	35.	23.	29.	38.	20.	38.	-	42.	31.
5 - 10 años	90.0	15.	14.	15.	9.	23.	10.	25.	12.	19.	-	8.	23.
Más de 10 años	120.0	5.	10.	4.	4.	5.	10.	-	4.	5.	33.	-	8.
No recuerdan	8.	5.	9.	4.	5.	19.	-	-	14.	-	17.	8.	
Promedios pesados	36.0	34.4	36.7	29.7	38.7	39.9	37.9	26.7	44.1	43.8	29.8	46.4	
Desviación estándar	36	41.1	33.7	31.6	38.1	39.1	33.0	33.5	35.2	53.9	24.4	38.9	

Tiempo de Diagnóstico de SII en meses, y su distribución según sexo, edad y ciudad. (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

Figura N°11:



Tiempo de Diagnóstico de SII en meses, y su distribución según sexo, edad y ciudad. (Ccs= Caracas; V/M (Valencia/Maracay; Mcbo= Maracaibo; Pto. O= Puerto Ordaz; PLC/B= Puerto La Cruz/Barcelona)

DISCUSIÓN

El SII es una causa frecuente de consulta en gastroenterología, con 20 a 50% de las referencias al gastroenterólogo (9-10). El SII es un desorden caracterizado por la presencia de síntomas crónicos o recurrentes de dolor abdominal o disconfort, durante 3 meses (consecutivos o no) en los últimos doce meses (1). El dolor abdominal es el síntoma fundamental para la aplicación de los criterios de Roma II y es la causa más frecuente de consulta a nivel primario, secundario y terciario (11). En este trabajo encontramos una elevada prevalencia (59 %) de SII aplicando los criterios de Roma. Datos generales indican una prevalencia en la comunidad entre 3% y 22%, con una variación entre países en un rango desde 3.5% en Irán hasta 30% en Nigeria (4-12).

La prevalencia del SII demuestra mínimas diferencias basadas en edad (7). En el presente estudio encontramos que 69 % del total de pacientes observaron cambios en sus hábitos de evacuación, con una distribución homogénea en relación al sexo con 53% femenino y 47% masculino. Los cambios de hábito intestinal fueron más frecuentes en Caracas con 82 % y en Puerto La Cruz/Barcelona con 85 %. Los cambios experimentados en la frecuencia de las evacuaciones correspondieron en igual número a la diarrea y al estreñimiento (33%), seguidos muy de cerca por la forma alternante (27%). Al revisar la literatura mundial encontramos que Linn en 1993 (11) reportó que 47% de sus pacientes con SII tenían predominio de constipación, el 26% predominio de diarrea y el 27% SII alternante. En el 2003, Mearin publicó un trabajo realizado en la población Española donde encontró, aplicando los Criterios de Roma II, 25% de SII diarrea predominante, 37% SII estreñimiento predominante, 23% SII alternante y 15% hábitos intestinales normales (13). En las regiones estudiadas las formas de presentación clínica alternante de SII predominó en Puerto Ordaz con 40% y en Valencia/Maracay con 43%; la forma Estreñimiento y Diarrea predominantes se distribuyeron homogéneamente en todas las regiones.

La presencia de moco en las heces se encuentra con poca presencia en la población estudiada. Mearin, en España, reportó un porcentaje bajo (6,3% a 8,5%) de moco en las heces de los pacientes con todos los subtipos de SII (13) en concordancia con lo encontrado por nosotros. Este signo fue considerado por Manning y colaboradores

(14), pero excluido por Roma II. Al revisar otros trabajos publicados en la literatura mundial (15-16) este signo no es reportado, quizás por no pertenecer a los criterios diagnósticos mundialmente aceptado.

Los pacientes con SII frecuentemente se quejan de gas excesivo intestinal (15-17) pero su volumen intestinal de gas en ayuno es aparentemente normal. La distensión abdominal, incremento del eructo y la flatulencia puede ser atribuida a este aumento (18). La flatulencia no es un síntoma contemplado dentro de los criterios diagnósticos de Roma II. En nuestro trabajo, la presencia de flatulencia es un síntoma referido por la mayoría de los entrevistados y en particular por aquellos que residen en la zona de oriente con 74%. Esto puede ser atribuido a las diferencias en la dieta típica local asociado a los trastornos de motilidad intestinal con atropamiento de gas intestinal propios de este síndrome.

En relación a la búsqueda de atención médica por la presencia de dolor abdominal, sólo 25 % de los pacientes en nuestro estudio consultan. Esto concuerda con lo encontrado por Hungin (16) en un trabajo multicéntrico en distintos países europeos donde reportó que 17% de los pacientes buscaron atención médica, sin embargo estos datos contrasta con lo encontrado por Mearin (13) que evidenció que 62% de los pacientes consultaron al médico por síntomas de SII. Al evaluar su distribución según sexo encontramos una mayor tendencia de consulta en el sexo femenino. Esto concuerda con la literatura publicada (7-16) en donde se encuentra una relación 2:1 entre el sexo femenino y el masculino. En relación a la distribución por grupos etarios, los pacientes entre los 18 y 28 años acuden menos a la consulta por los síntomas descritos con 81 %, mientras que los de 40 años o más consultan con mayor frecuencia. Esto pudiera ser explicado por el grado de preocupación que generan estos síntomas después de los 40 años. Los pacientes de la ciudad Puerto La Cruz/Barcelona consultan al médico por esta causa en 16%. Por el contrario en la ciudad de Caracas consultan el 32 %, por lo que podemos afirmar que existe una mayor búsqueda de ayuda por este síndrome.

De los pacientes que consultaron al médico sólo un 5% fueron diagnosticados como portadores del SII. Sin embargo, cuando aplicamos los criterios de Roma a la población estudiada esto se elevó a un 59%. Parte del subdiagnóstico podría atribuirse a la falta de conocimiento y aplicación de los criterios de Roma II. La mayoría de los pacientes que recibieron tratamientos, no fue específicos para el SII, sino tratamiento sintomático basándose principalmente en antiespasmódicos, laxantes, antiflatulentos y Antagonistas H2.

El tiempo promedio de diagnóstico fue de 3 años lo cual implica mayor inversión de tiempo, elevados costos en salud y alteración de la calidad de vida. Hungin (16) en su trabajo encontró que 4,8% de los pacientes con SII habían sido formalmente diagnosticado, 40% tenían más de 10 años de realizado el diagnóstico, 23% de 2 a 10 años, 7% 1 a 2 años y 10% en el último año. El 19% había sido diagnosticado en su primera visita y 56% después de 1 a 5 visitas. Al revisar por país hubo una gran variación en cuanto a los diagnósticos hechos correctamente, esta variación fue atribuida en parte a capacidad de diagnóstico de los médicos en algunos de estos países o a que los pacientes con SII no consultan siempre y/o perciben e informan de manera inadecuada acerca de sus síntomas.

CONCLUSIONES

La prevalencia del SII en la población venezolana portadora de dolor abdominal crónico es del 59%. Los patrones encontrados, con respecto a la enfermedad, tanto a nivel de las características demográficas (sexo, edad) como en la sintomatología (alteración de las evacuaciones, patrón de las evacuaciones) no difieren de los encontrados a nivel de la literatura mundial. Esta cifra es muy alta y preocupante sobre todo cuando se considera que hay un importante nivel de subdiagnóstico (sobre todo a nivel de cuidados primarios) que puede influir negativamente no sólo a nivel de costos de salud sino también en la calidad de vida del venezolano.

Anexo N° 1

Estratos Sociales Según Ingresos Familiares

Estrato	Ingreso	Porcentaje de Población
AB	Mas de Bs. 2.850.000	3,5%
C Alta	Bs. 1.300.000 a Bs. 2.850.000	4,81%
C Baja	Bs. 700.000 a Bs. 1.300.000	6,80%
D	Bs. 232.000 a Bs. 700.000	40,79%
E	Menos de Bs. 232.000	44,10%

Fuente: El Universal, 18 de Junio 2001, Cifras Encuestadoras CECA.

Anexo N° 2:

Encuesta administrada basada en los criterios de Roma II

ENCUESTA. SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

- Paciente (iniciales) _____ Sexo: Masc. [] Fem. [] Edad: _____
- Raza: ()Caucásico ()africano ()mestizo ()asiático ()mulato ()indio nativo ()otro
- Piense por favor, ¿Ha tenido Ud. en los últimos 12 meses, durante por lo menos 3 meses no necesariamente continuos, algún dolor o malestar abdominal?
Si () No ()
- SI DIJO SI: Ha observado Ud. si en relación con ese malestar abdominal/ dolor abdominal, tuvo algún cambio en sus hábitos de evacuar, o sea, fueron sus evacuaciones más frecuentes o más distanciadas?
Si () No () SALTE A P.8
- SI DIJO SI: ¿Qué tipo de cambios ha experimentado Ud. en los últimos 12 meses por lo menos en una de cada cuatro veces que Ud. acudió al baño? ¿Ha observado Ud...
() Más frecuentemente diarrea? ...o sea 3 defecaciones diarias o más?
() Más frecuentemente estreñimiento? ...o sea menos de 3 defecaciones a la semana?
() De manera alternada? ...o sea, algunas veces diarrea y algunas veces estreñimiento?
() No ha observado ningún cambio en sus hábitos
- Refiriéndonos al dolor o malestar abdominal ¿Ha tenido Ud. alguna alteración en la forma de sus evacuaciones, como heces duras, acuosas, aterronadas, etc. en los últimos 12 meses?
Si () No ()
- Su malestar o dolor abdominal usualmente mejora después de evacuar?
Si () No ()
- Piense por favor, ¿Ha notado Ud. alguna vez mucosidad en sus heces?
Si () No ()
- En los últimos 12 meses ¿Se ha sentido Ud. indispueto debido a frecuentes gases o flatulencia?
Si () No ()
- ¿Ha visitado Ud. a su médico en los últimos 12 meses por dolor o malestar abdominal?
Si () SIGA CON P.11 No () SALTE A P.12

11. Su médico le ha recetado a Ud. algún medicamento para tratar su dolor o malestar abdominal?
Si () ¿Cuál? _____ No recuerdo () No ()

12. ¿Alguna vez algún médico le ha dicho que Ud. sufre de Síndrome de intestino irritable?
Si () SIGA CON P.13 No () TERMINE LA ENTREVISTA

13. ¿Recuerda Ud. cuándo se lo dijeron por primera vez?
Hace: _____ años No recuerda ()

REFERENCIAS

- THE FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS. D. Drossman, E. Corazziari, N. Talley, W Grant Thompson. Allen Press, Inc Editors. Second edition. 2000.
 - Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101: 927-34.
 - Kay L, Jorgensen T, Jensen KH. The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random population: prevalence, incidence, natural history and risk factors. *J Int Med* 1994; 236: 23-30.
 - Drossman DA, 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.
 - Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, et al. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109: 1736-41.
 - Kwan ACH, Hu WH, Chan, Y, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in Hong Kong. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17(11):1180-86.
 - Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(8):1910-5.
 - Baretic M, Biblic A, Jurcic D et al. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Croatia. *Coll Antropol.* 2002; 26 Suppl: 85-91.
 - Sullivan SN. Management of the irritable bowel syndrome: a personal view. *J Clin Gastroenterol* 1983; 499-502.
 - Fielding JF. A year in out patients with the irritable bowel syndrome. *Irish J Med Sci* 1977; 146: 162-65.
 - Lynn RB, Friedman LS. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 1993; 329: 1940.
 - Mearin F, Badia X, Balboa A, et al. Irritable Bowel Syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scand J Gastroenterol.* 2001; 36(11): 1121-2.
 - Mearin F, Balboa A, Badia A, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 165-172.
 - Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of irritable bowel. *BMJ* 1978; 2: 653-654.
 - Drossman D, Camillerin M, Mayer E, Whitehead W. AGA Technical review on Irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-2131.
 - Hungin A, Whorwell P, Tack j, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 1-8.
 - Serra J, Azpiroz F, Malagelada J. Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001; 48: 14-19.
 - Owyang C. Irritable bowel syndrome. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 15th ed. New York, NY: McGraw-Hill. 2001: 1692-1695.
- Para cualquier información o separata contactar a la:
Dra. Jenny Romero. Servicio de Gastroenterología Hospital Universitario de Maracaibo.
E-mail: dcasasn@net-uno.net
Fecha de Recepción Sep. 2005- Fecha de Revisión Jun. 2006- Fecha de Aprobación. Agos. 2006