

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS FACULTAD DE
MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POST GRADO**

Prevalencia del síndrome del intestino irritable en la consulta ambulatoria del servicio de gastroenterología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD

TESIS para optar el Título de: SEGUNDA ESPECIALIZACION EN GASTROENTEROLOGIA
AUTOR

**Dra. Rocío Violeta Alfaro Huerta
LIMA – PERÚ 2005**

Con amor y gratitud a mis padres:

Luis Alfaro Cueva (in memoriam) y

Hermelinda Huerta Flores.

**Con todo mi amor
a mi querido esposo.**

Con amor y gratitud a mis hermanas y hermanos.

**A mis maestros del
Servicio de Gastroenterología del
Hospital Guillermo Almenara Irigoyen
de ESSALUD.**

“PREVALENCIA DEL SINDROME DEL INTESTINO IRRITABLE EN LA CONSULTA AMBULATORIA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-ESSALUD”

Autor: Dra. ROCIO VIOLETA ALFARO HUERTA
Tutor: Dr. JUAN TORREBLANCA NAVA
Jefe del Servicio: Dr. LUIS VELASCO MONTENEGRO

RESUMEN

Introducción: El SII se caracteriza por la presencia de dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, o la alternancia de ambas, la causa de esta patología tiene que ver con muchos factores: alimentación, antecedentes de enfermedades, estilo de vida, etc. En el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HGAI), se desconoce la prevalencia del SII.

Objetivos: Determinar la prevalencia del SII en la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología del HGAI, así como también describir los subtipos de SII que se presentan.

Material y Métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo y de corte transversal. La muestra consta de 1365 pacientes, se utilizó el muestreo por conveniencia. Se confeccionó una encuesta ad hoc, con dos partes: una ficha de recolección de datos (clínicos y sociodemográficos) y otra con los criterios de ROMA II para el diagnóstico de SII. Los pacientes fueron encuestados en la sala de espera de los dos (02) consultorios ambulatorios del Servicio de Gastroenterología (SG) del HGAI, del 06 de Abril del 2003 al 06 de Junio del 2003. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS v11, para la descripción de los resultados.

Resultados: La prevalencia del SII en el SG del HGAI fue de 38.8%. De los pacientes con SII de acuerdo a los criterios de Roma II tenemos; el 44% presentó SII tipo diarrea, el 32% fue tipo estreñimiento, el 19% fue tipo mixto y el 5% no se pudo determinar. De la prevalencia general de 38.8 %, el sexo femenino aportó una prevalencia del 26.5%, y el sexo masculino aportó una prevalencia del 12.2 %.

La variable Sexo fue significativa, por lo que la probabilidad de que el diagnóstico de SII se relaciona más con el sexo femenino. Por lo que existiría un riesgo de 1.8 veces en el sexo femenino de tener el SII en relación al sexo masculino.

El grupo etario de 60 a 69 años es el que presenta la mayor prevalencia en el diagnóstico de SII (10.2%). El grupo de edad de 50 años hacia adelante presenta una prevalencia acumulada de 28.8%.

Asimismo se encontraron hallazgos secundarios con las variables que tuvieron significancia estadística las cuales fueron: Sexo, Grupo etario, Diabetes Mellitus (DM), Antecedente de Cirugía Pélvica y Antecedente personal de Cáncer gastrointestinal,

Conclusión: Existe una alta prevalencia del SII (38.8%) en la población estudiada, siendo el SII de tipo Diarrea el más frecuente. El grupo de edad de 50 años hacia adelante presenta una prevalencia acumulada de 28.8%.

Palabras Claves: Síndrome de Intestino Irritable, Prevalencia,

INTRODUCCION

El Síndrome de Intestino Irritable (SII), es un complejo sintomático crónico y recurrente, con exacerbaciones y remisiones, que se caracteriza por la presencia del dolor abdominal y alteración del tránsito intestinal, consistente en diarrea, constipación o la alternancia de ambas (1).

El SII tiene los siguientes sinónimos: colitis crónica catarral, colitis mucosa, estreñimiento espasmódico, disquinesia del colon, enterocolonopatía funcional, colon espástico, colon espasmódico, colon irritable, Diarrea nerviosa, Síndrome de tensión intestinal, Síndrome Prikkelbaredarm , etc.

Este trastorno se ha clasificado tradicionalmente como trastorno funcional porque en su aparición no existe ninguna anomalía estructural o bioquímica subyacente. El SII es un problema de salud frecuente en todo el mundo, que afecta a personas de ambos sexos y de todas las razas y edades.

La edad media en el inicio del SII está entre los 20 y los 29 años. La prevalencia máxima se observa entre los 45 y los 65 años de edad y, aunque posteriormente disminuye, constituye un problema frecuente en los ancianos.

Aproximadamente del 10 a 20 % de la población adulta general tiene síntomas compatibles con el Síndrome de Intestino Irritable (SII); sin embargo, sólo el 15 % de los afectados buscan asistencia médica [2-3]. No obstante, el número absoluto de pacientes todavía es tan grande que el SII comprende del 25 a 50 % de todas las referencias al gastroenterólogo [4].

Drossman DA, et al, mostró que las personas con los síntomas de SII habían tenido un ausentismo laboral de tres veces más al año que aquellos que no tenían los síntomas del

intestino (13.4 días contra 4.9 días) [5]. El SII es la segunda causa más alta de ausentismo de trabajo después del resfrío común [6].

Desde el punto de vista económico, el coste que conlleva la atención médica de pacientes con SII, y el cese de actividad productiva de estos pacientes genera un importante gasto [7]. Camilleri M, et al, evidenció que los pacientes con SII incurrieron en promedio de gastos de cuidados de salud de \$742 comparado con \$429 para aquéllos sin SII durante el año anterior [8].

La incidencia precisa del SII no se conoce con exactitud pero se ha estimado en aproximadamente un 1-2 % anual (2).

Se tienen pocos estudios de prevalencia poblacional, pero las investigaciones en poblaciones Occidentales, han revelado que el SII esta presente en el 15-20 % de adolescentes y adultos, con una alta prevalencia en las mujeres; la prevalencia es variable en otras poblaciones (9).

Se calcula que el 14% de la población española presenta criterios diagnósticos para el SII. (10).

La cultura, el estilo de vida y los factores económicos pueden contribuir a la variación en las tasas de prevalencia descritas para el SII.

La causa subyacente del SII no se conoce bien debido a la ausencia de marcadores estructurales o bioquímicos de la enfermedad.

Los nuevos conceptos modifican el que hasta el momento se tenía sobre este síndrome, que consideraba como fundamental para su diagnóstico la ausencia de una base orgánica detectable (13).

La actividad del intestino se encuentra normalmente bajo control local por el sistema nervioso entérico, que es una actividad del Sistema Nervioso Central con señales que van

en ambas direcciones entre el cerebro y el intestino – esto ha sido denominado **EL EJE CÉREBRO-INTESTINO**.

En los pacientes con SII, puede haber un problema con las “adaptaciones” del eje cerebro-intestino. Las personas que padecen del S.I.I. son más sensibles al estímulo intestinal con “amplificación” de las sensaciones que llegan al cerebro. Y tienen una mayor percepción del dolor en comparación con los individuos normales.

Los patrones anómalos de motilidad y peristalsis a través del tracto gastrointestinal son fundamentales en el desarrollo del SII. Se ha implicado tanto a la hipermotilidad (con el resultado de diarrea) como a la hipomotilidad (con el resultado de constipación).

Se considera a una alteración de la motilidad del colon como la causa principal del SII. Esto se debe a que el dolor se siente frecuentemente en áreas asociadas con la motilidad del colon.

En pacientes con SII, a menudo se requiere un desencadenante para que aparezcan los síntomas. El intestino de los pacientes con SII es más sensible y reactivo que el normal a un amplio grupo de factores, y una reacción exagerada a estos estímulos desencadena el dolor y otros síntomas.

Algunos alimentos como; los derivados lácteos, el chocolate, la cafeína, el alcohol y legumbres como las lentejas o los guisantes (que se sabe que provocan la formación de gases), pueden ser desencadenantes de SII. También algunos fármacos como antidepresivos, codeína, calcioantagonistas, laxantes, hormonas.

En el SII es importante la relación con cuadros de estrés, ansiedad, depresión, abuso sexual, y abuso de drogas.

La mayor parte de las veces el S.I.I. (70%) es leve – sólo un 5% de los pacientes presenta síntomas severos. El S.I.I. leve se trata principalmente en atención general y solamente el S.I.I. severo es remitido al hospital. En pacientes con S.I.I. moderado, los síntomas

usualmente son intermitentes y recurrentes. En los que presentan S.I.I. severo, los síntomas están usualmente presentes en la totalidad o la mayor parte del tiempo.

Puede realizarse un diagnóstico positivo de SII basado en los síntomas y los hallazgos relacionados, que pueden obtenerse a partir de la historia médica del paciente.

Se han hecho numerosos esfuerzos para clasificar la totalidad de estas molestias y poder establecer criterios diagnósticos universales. Sin embargo, los criterios propuestos han tenido que sufrir constantes modificaciones (Criterios de Maning, Criterios de Roma I y Criterios de Roma II).

La primera clasificación de los criterios diagnósticos basados en los síntomas principales del SII fue desarrollada por Manning y cols.(1978).

Criterios de Manning para el SII.

- Dolor aliviado por la defecación
- Heces más frecuentes al inicio del dolor
- Heces más blandas al inicio del dolor
- Distensión abdominal visible
- Heces mucosas
- Sensación de vaciado intestinal incompleto

Estos criterios fueron mejorados posteriormente tras un consenso realizado en Roma en 1990. Los criterios de Roma I se convirtieron en el estándar aceptado para su uso en la investigación clínica.

Los criterios de Roma I fueron modificados en 1992 para tratar de adaptarlos mejor a la mayoría de los pacientes, y se formaron los Criterios de Roma II que reflejan los avances

recientes en la comprensión del SII y otros trastornos funcionales gastrointestinales. Las recomendaciones terapéuticas se han realizado a partir de estos criterios.

CRITERIOS DE ROMA II

Presencia de dolor abdominal o sensación de molestia abdominal, que se presenta al menos por 12 semanas o mas en el último año, que reúne dos o mas de las siguientes características:

1. Que disminuye con las evacuaciones
2. Asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones
3. Asociado con un cambio en la consistencia de las evacuaciones

Estos criterios son mandatorios, y los siguientes son sugestivos o de apoyo para establecer el diagnostico:

4. Al menos dos o más de los siguientes cambios en el 25% de las veces:
 - a. Cambios en la frecuencia de las evacuaciones
 - b. Cambios en la forma de las heces
 - c. Presencia de mucosidad en las evacuaciones
 - d. Problemas para evacuar
 - e. Distensión abdominal o sensación de "gases".

El SII ha pasado de ser un diagnóstico de exclusión para, convertirse en un diagnóstico que puede establecerse con el cumplimiento de los distintos aspectos recogidos en las definiciones anteriormente citadas. El hacer el diagnostico del SII le da significado a los síntomas, tranquilizando al paciente acerca del diagnostico favorable, y dirigiendo el manejo hacia el síntoma predominante.

El S.I.I. puede ocurrir concurrentemente con otros desórdenes: Dispepsia funcional, desórdenes ginecológicos y desórdenes orgánicos.

Las principales guías clínicas publicadas (AGA y Sociedad Británica de Gastroenterología) nos proporcionan excelentes recomendaciones diagnósticas y terapéuticas y acertados apuntes fisiopatológicos, pero ninguna define con precisión qué pacientes con SII deben tratarse y de que manera. Probablemente todos los pacientes necesitan tratamiento.

Drossman y cols. , han distinguido tres grupos de gravedad (leve, moderada y severa) de acuerdo con la persistencia de los síntomas, la utilización de recursos sanitarios, las limitaciones a la actividad y la comorbilidad psiquiátrica, aunque estos hallazgos no se han validado prospectivamente para su utilización clínica.

En el Perú hay escasos estudios sobre la aplicación de los criterios de Maning y de Roma para el diagnóstico del SII. Y es más se desconoce la real prevalencia del SII en la población general o en población hospitalaria.

Campos Hurtado y colaboradores (2001), encontraron que el 26% de una población de nivel socioeconómico alto de Lima tenían diagnóstico de SII según los criterios de Maning (11).

Curioso W.H., y colaboradores encontraron que la prevalencia de SII en una comunidad de la Selva peruana era de 22%. (12).

El Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HGAI), es un Hospital de IV nivel de atención de la Seguridad Social del Perú (ESSALUD), y actualmente la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología se encuentra congestionada, debido a la atención de patologías que podrían ser resueltas en otros establecimientos de menor complejidad de ESSALUD. El SII comprende del 25 a 50 % de todas las referencias al gastroenterólogo [4], por lo que si conocemos la prevalencia del SII (como la patología más frecuente en la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología), tendríamos un conocimiento real

de la magnitud de esta enfermedad, lo que permitiría definir mejor este problema y evidenciarlo a las autoridades de EsSalud, con la posibilidad que se racionalice los recursos médicos, optimizar los exámenes que se derivan de este diagnóstico y el ahorro potencial de horas hombre perdido, tanto de los pacientes como del personal de salud de la Seguridad Social.

El objetivo de este trabajo es Establecer la Prevalencia del SII en la consulta ambulatoria del Servicio de Gastroenterología del HGAI de ESSALUD, Asimismo describir el comportamiento de las distintas variables como: sexo, edad, ocupación, estado civil, cirugías previas, hábitos nocivos, etc, así como también describir los subtipos de SII que se presentan. Los resultados del presente trabajo servirán para generar hipótesis futuras de nuevos trabajos de investigación.

MATERIAL Y METODOS

I).- DISEÑO:

El presente trabajo es un estudio descriptivo, de corte transversal

II).- POBLACION:

La población del presente estudio estuvo conformada por todos los pacientes que acudieron a los dos (02) consultorios ambulatorios del Servicio de Gastroenterología del HGAI, del 06 de Abril del 2003 al 06 de Junio del 2003.

III).- MUESTRA:

La Muestra se realizo en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, el cual es un hospital de IV nivel perteneciente a Essalud.

El método de muestreo utilizado fue el muestreo por conveniencia debido a que generalmente los pacientes que sienten problemas gastrointestinales importantes acuden al hospital (si es un problema leve, no acuden), en base a esto se procedió a realizar la encuesta a los pacientes que se encontraban en la sala de espera para ser atendidos en los dos (02) consultorios ambulatorios de Gastroenterología del HGAI, del 06 de Abril del 2003 al 06 de Junio del 2003 (dos meses). Esta muestra estuvo conformada por 1579 encuestados, de los cuales 30 pacientes no contestaron correctamente la encuesta y 184 no desearon ser encuestados y se hicieron efectivas 1365 encuestas, las cuales al ser un numero bastante alto, los resultados tienen una consistencia alta.

La aplicación del instrumento fue realizado por dos enfermeras calificadas y entrenadas en la aplicación de este instrumento, y lo realizaron según la modalidad “face to face”. La encuesta se realizó en la consulta ambulatoria del Servicio de Gastroenterología del HGAI, que tiene dos consultorios y atiende en doble horario (09:00 am-12:00m y 12:00m-03:00 pm), de Lunes a Viernes.

IV).- CRITERIOS DE INCLUSION:

Los criterios de Inclusión usados fueron los siguientes:

- Pacientes que tienen cita en la consulta ambulatoria de Gastroenterología, Y
- Que aceptan responder a la encuesta a aplicar.

V).- CRITERIOS DE EXCLUSION:

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes que tienen cita en la consulta ambulatoria de Gastroenterología, Y
- Que NO aceptan responder a la encuesta a aplicar, o pacientes que ya respondieron la encuesta previamente (reclutados en el periodo del estudio).

VII).- INSTRUMENTO DE RECOLECCION.

Se confecciono un modelo especial de encuesta que comprende dos partes: una ficha de recolección de datos tanto clínicas como sociodemográficas y otra que cumple con los criterios de ROMA II para el diagnóstico de SII, las cuales se anexarán al final del estudio.

IX).- PROCESAMIENTO DE DATOS.

Después de realizadas las encuestas se procedió al vaciado y procesamiento de datos, esto se realizo con el programa de computación SPSS 11, se hizo una base de datos y luego un cruce de variables para su posterior análisis descriptivo.

X).- CONSIDERACIONES ETICAS:

Antes de realizar la encuesta las enfermeras se presentaron ante los pacientes explicándoles que la encuesta iba a servir para realizar un estudio de investigación, y con su aceptación se procedió a ejecutar la encuesta.

No se realizaron procedimientos instrumentales, por lo que no fue necesario realizar el consentimiento informado de los pacientes para la aplicación del instrumento (encuesta).

XI).- VARIABLES DE ESTUDIO

Paciente con diagnóstico del SII: Es el paciente que cumpla los criterios de Roma II, para el SII.

Otras variables estudiadas fueron:

Sexo, Edad, Estado Civil, Grado de instrucción, Número de citas previas al servicio de Gastroenterología, Índice de Masa Corporal (IMC), Ocupación, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitas, Tabaquismo, Alcoholismo, Colectomía, Apendicetomía, Hipercolesterolemia, Consumo de Café, Práctica de deportes, Consumo de medicamentos, Uso de Anticonceptivos, Antecedentes de Úlcera Péptica, Antecedente personal y familiar de Cáncer.

XII).- DEFINICION DE VARIABLES

NOMBRE DE LA VARIABLE	CLASE DE VARIABLE	DEFINICIÓN
Sexo	Categoría/cualitativa	0 =Mujer 1 =Hombre
Edad	Discreta	Años de existencia del sujeto de estudio Pacientes > 18 años
Estado Civil	Categoría/cualitativa	0= Soltero(a) 1= Conviviente 2= Casado(a) 3= Divorciado(a) 4= Viudo(a)
Grado de instrucción	Categoría/cualitativa	0= Analfabeto(a) 1= Primaria 2= Secundaria 3= Superior incompleto 4= Superior completo 5= Técnica
Número de consultas en el último año al servicio de Gastroenterología por el mismo motivo (NCG)	Discreta	0= Ninguna vez 1= Una vez 2= Dos veces 3= Tres veces 4= Cuatro veces 5= > Cuatro veces

Índice de Masa Corporal (IMC)	Categorica/cualitativa	$IMC = \text{Peso} / (\text{Talla})^2$ 1= < 20 2= 20-25 3= 25-30 4= >30
Ocupación	Categorica/cualitativa	0= Desempleado(a) 1= Empleado oficina 2= Obrero (a) 3= Funcionario(a) 4= Jubilado(a) 5= Ama de casa 6= Independiente 7= No indica
Hipertensión Arterial	Categorica/cuantitativa	Referido por el paciente PA \geq 140/90 mm Hg (Según American Heart Association) 0= Sin HTA 1= Con HTA
Diabetes Mellitus	Categorica/cuantitativa	Referido por el paciente Glucosa en ayunas > 126 mg/dl(7mmol/l). (Según Asociación Americana de Diabetes ADA y la OMS) 0= Sin DM 1= Con DM
Consumo de Cigarrillos	Ordinal	Referido por el paciente 0= No Fuma 1= 1 a 5 cig. x día 2= 5 a 10 cig x día 3= 10 a 15 cig x día 4= > 15 cig x día
Consumo de Alcohol (en el ultimo año)	Ordinal	Referido por el paciente 0= No Consume 1= 01 vez x sem. 2= 02 a 03 veces x sem 3= Esporádico
Colecistectomía	Categorica/cualitativa	0= No 1= Si

Apendicetomía	Catagórica/cualitativa	0= No 1= Si
Otras cirugías	Nominal	0= Sin cirugía abdomino pélvica 1= Otra cirugía abdominal 2= Cirugía abdomino pélvica 3= Cirugía pélvica
Hipercolesterolemia	Catagórica/cuantitativa	Referido por el paciente Colesterol > 200 mg/dl 0= No 1= Si
Consumo de Café	Catagórica/cuantitativa	(> 03 tazas x día, referido por el paciente) 0= No 1= Si
Practica de deportes	Discreta	0= No practica 1= Una vez x semana 2= Dos veces x sem. 3= Tres veces x sem. 4= > tres veces x sem.
Consumo habitual de medicamentos (casi todos o todos los días)	Catagórica/cualitativa	0= No 1= Si
Uso de Anticonceptivos Orales	Catagórica/cualitativa	0= No 1= Si
Antecedentes de Enfermedad Ulcera Peptica	Catagórica/cualitativa	0= No 1= Si
Antecedente personal de Cáncer	Catagórica/cualitativa	0= No 1= Si

Tipo de Cáncer personal	Catagórica/cualitativa	0= Sin cáncer 1= Cáncer gastrointestinal 2= Cáncer de mama 3= Cáncer hematológico 4= Cáncer genito urinario 5= otros canceres
Antecedente familiar de Cáncer	Catagórica/cualitativa	Abuelos, Padres y hermanos 0= No 1= Si
Recibió transfusiones	Catagórica	0= No 1= Si

RESULTADOS

La prevalencia total del SII en la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HGAI), fue de 38.8% del total de pacientes encuestados, que debido al tamaño muestral (1365 pacientes), constituye una muestra valida y extrapolable, esto se puede apreciar en la siguiente tabla:

TABLA Nº 01

PREVALENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SII

	Diagnostico SII	
	Numero de pacientes	Prevalencia %
Pacientes con Dx SII	529	38.8
Pacientes sin Dx SII	812	59.5
No determinado	24	1.8
Total de pacientes encuestados	1365	100.0

GRAFICO Nº 01

PREVALENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SII

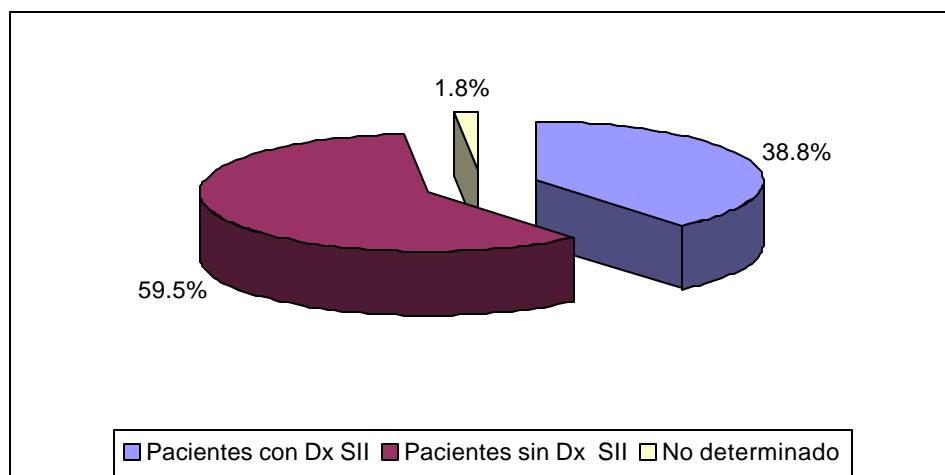
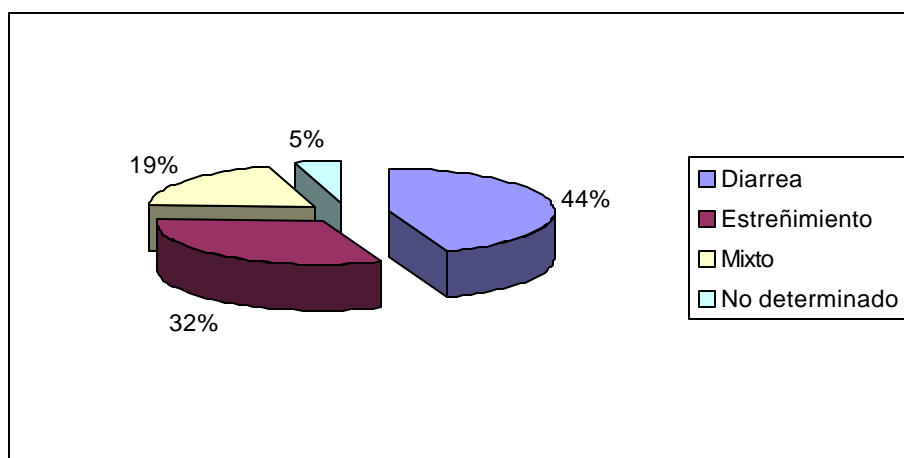


TABLA N° 02
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE SII

		Diagnostico SII		
		Si	Total	
Tipo de SII	Diarrea	N°	233	233
		% del Total	44.0%	44.0%
	Estreñimiento	N°	169	169
		% del Total	31.9%	31.9%
	Mixto	N°	103	103
		% del Total	19.5%	19.5%
	No determinado	N°	24	24
		% del Total	4.5%	4.5%
Total		N°	529	529
		% del Total	100.0%	100.0%

GRAFICO N° 02

PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE SII, CON RESPECTO AL TOTAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SII



En la Tabla y Grafico N° 02 se aprecia la distribución de pacientes con SII según tipo de SII. Del total de pacientes con diagnóstico de SII (529 pacientes) el 44% presentó diarrea, el 31.9% presentó estreñimiento, el 19.5% presentó diarrea y estreñimiento, y el 4.5% presentó un SII no determinado.

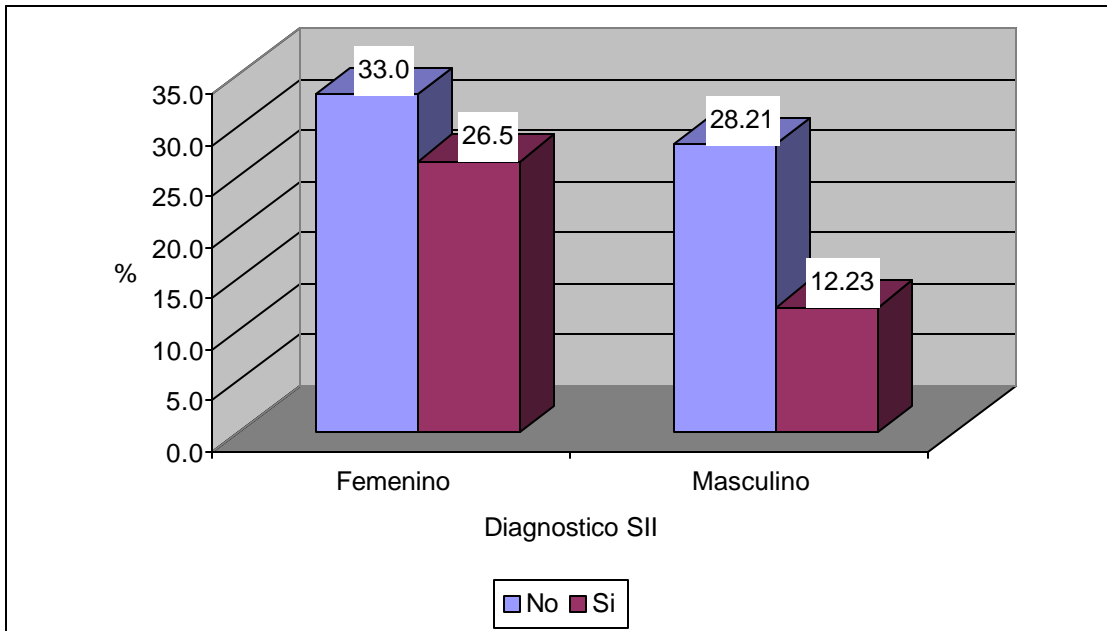
TABLA N° 03
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN SEXO

		Diagnostico SII		
		No	Si	Total
Sexo	Femenino N°	451	362	813
	% del Total	33.0%	26.5%	59.6%
	Masculino N°	385	167	552
	% del Total	28.2%	12.2%	40.4%
Total	N°	836	529	1365
	% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Chi cuadrado =28.21 P=0.00 (Significancia estadística)
OR=1.85 IC al 95% (2.32 , 1.49)

GRAFICO N° 03

PREVALENCIA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SII, SEGÚN SEXO



En la Tabla N^o 3 y Grafico N^o 3 , se puede observar que la variable sexo es significativa. Se observa que los pacientes con diagnostico de SII tuvo una prevalencia general del 38.8 %, de los cuales el sexo femenino apporto una prevalencia del 26.5%, frente al sexo masculino que apporto una prevalencia del 12.2 %.

Pero si queremos evidenciar la prevalencia por sexo individualmente tendríamos: Que el sexo femenino tuvo una prevalencia del 44.5 % entre todas las mujeres del estudio, y el sexo masculino tuvo una prevalencia del 30.3 % entre todos los varones del estudio.

TABLA N° 04
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN GRUPO ETAREO

Grupo Etareo		Diagnostico SII		Total
		No	Si	
18-29	Nº	25	18	43
	% del Total	1.8%	1.3%	3.2%
30-39	Nº	62	36	98
	% del Total	4.5%	2.6%	7.2%
40-49	Nº	92	82	174
	% del Total	6.7%	6.0%	12.7%
50-59	Nº	175	123	298
	% del Total	12.8%	9.0%	21.8%
60-69	Nº	222	139	361
	% del Total	16.3%	10.2%	26.4%
>70	Nº	260	131	391
	% del Total	19.0%	9.6%	28.6%
Total	Nº	836	529	1365
	% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

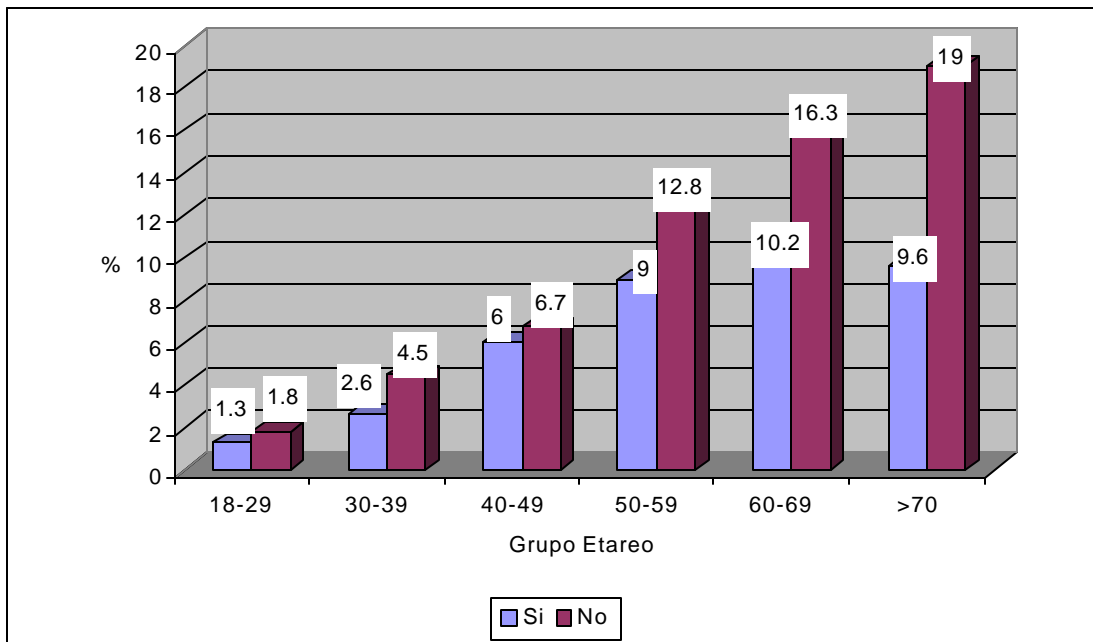
Chi cuadrado =10.83 P=0.02 (Significancia estadística)

Media= 59.8

Desviación Estandar=14.4

GRAFICO N° 04

PORCENTAJE DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SII, SEGÚN GRUPO ETAREO



En la tabla N^a 04 y Grafico N^a 04, la variable edad presenta significancia estadística. Asimismo se encontró que cuando los grupos etareos aumenta crece la prevalencia en los paciente que si presentan SII. En el grupo a partir de los 50 años hacia delante se observo una prevalencia de 28.8%. Asimismo se observo mayor prevalencia en los pacientes que tienen la edad de 60 a 69 años (10.2%).

TABLA N° 05
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN ESTADO CIVIL

			Diagnostico SII		Total
			No	Si	
Estado civil	Soltero	N°	120	75	195
		% del Total	8.8%	5.5%	14.3%
	Conviviente	N°	21	12	33
		% del Total	1.5%	.9%	2.4%
	Casado	N°	568	366	934
		% del Total	41.6%	26.8%	68.4%
	Divorciado	N°	24	18	42
		% del Total	1.8%	1.3%	3.1%
	Viudo	N°	103	58	161
		% del Total	7.5%	4.2%	11.8%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Según la encuesta los casados presentaron una mayor prevalencia (26.8%) de SII y los que presentaron la menor prevalencia (0.9%) fueron los convivientes.

TABLA N° 06
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

			Diagnostico SII		
			No	Si	Total
Grado de instrucción	Analfabeto	N°	9	12	21
		% del Total	.7%	.9%	1.5%
	Primaria	N°	228	141	369
		% del Total	16.7%	10.3%	27.0%
	Secundaria	N°	298	160	458
		% del Total	21.8%	11.7%	33.6%
	Sup. incompleta	N°	17	11	28
		% del Total	1.2%	.8%	2.1%
	Sup. completa	N°	259	185	444
		% del Total	19.0%	13.6%	32.5%
	Tecnico	N°	25	20	45
		% del Total	1.8%	1.5%	3.3%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

Según la encuesta la mayor prevalencia (13.6%) la presento los pacientes con grado de instrucción superior completa.

TABLA N° 07
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN NÚMERO DE CONSULTAS
EN EL ÚLTIMO AÑO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA- HGAI
POR EL MISMO MOTIVO

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
N° de consultas en el ultimo año de SG por el mismo motivo	Ninguna	N°	145	78	223
		% del Total	10.6%	5.7%	16.3%
1 vez	N°	106	59	165	
	% del Total	7.8%	4.3%	12.1%	
2 veces	N°	94	60	154	
	% del Total	6.9%	4.4%	11.3%	
3 veces	N°	52	53	105	
	% del Total	3.8%	3.9%	7.7%	
4 veces	N°	49	41	90	
	% del Total	3.6%	3.0%	6.6%	
> 4 veces	N°	390	238	628	
	% del Total	28.6%	17.4%	46.0%	
Total	N°	836	529	1365	
	% del Total	61.2%	38.8%	100.0%	

En la tabla se observa que los pacientes que tuvieron mas de 4 consultas presentaron una prevalencia de 17.4%, los que tuvieron consultas entre 1 y 4 veces la prevalencia fluctúa entre 3% y 5.7%.

TABLA N° 08
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN INDICE DE MASA COPORAL

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
IMC	<20	N°	66	41	107
		% del Total	4.9%	3.0%	7.9%
20-25	N°	287	201	488	
	% del Total	21.2%	14.9%	36.1%	
25-30	N°	314	185	499	
	% del Total	23.2%	13.7%	36.9%	
>30	N°	160	99	259	
	% del Total	11.8%	7.3%	19.1%	
Total	N°	827	526	1353	
	% del Total	61.1%	38.9%	100.0%	

Según la encuesta los pacientes que tienen un índice entre 20 y 25 presentan una prevalencia de 14.9%, los que tienen un índice entre 25 y 30 presentan 13.7%.

TABLA N° 9
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN OCUPACION

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
Ocupación	Desempleado	N°	16	8	24
		% del Total	1.2%	.6%	1.8%
	Empleado de oficina	N°	160	109	269
		% del Total	11.7%	8.0%	19.7%
	Obrero	N°	47	32	79
		% del Total	3.4%	2.3%	5.8%
	Funcionario	N°	6	5	11
		% del Total	.4%	.4%	.8%
	Jubilado	N°	355	189	544
		% del Total	26.0%	13.8%	39.9%
	Ama de casa	N°	200	160	360
		% del Total	14.7%	11.7%	26.4%
	Independiente	N°	49	23	72
		% del Total	3.6%	1.7%	5.3%
	No indica	N°	3	3	6
		% del Total	.2%	.2%	.4%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

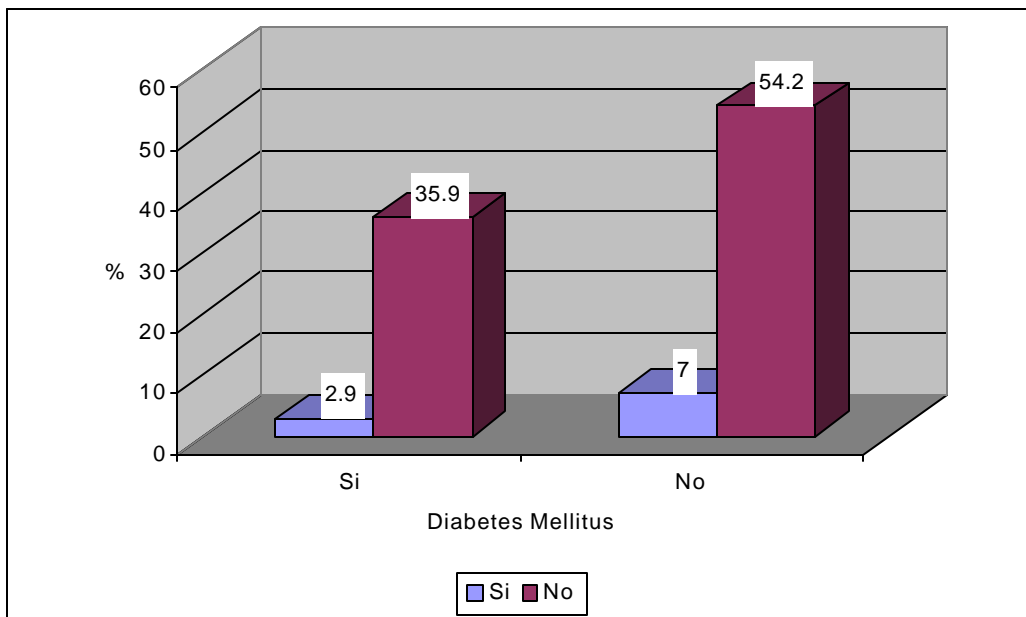
Según la encuesta los pacientes que presentaron mayor prevalencia fueron los jubilados y amas de casa con 13.8% y 11.7% respectivamente.

TABLA N° 10
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN DIABETES MELLITUS

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
Diabetes mellitus	No	N°	740	490	1230
		% del Total	54.2%	35.9%	90.1%
	Si	N°	96	39	135
		% del Total	7.0%	2.9%	9.9%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Chi cuadrado =6.14 P=0.01 (Significancia estadística)
OR=0.61

GRAFICO N° 05
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN DIABETES MELLITUS



En la Tabla N° 11 se aprecia que la variable Diabetes Mellitus es una variable significativa.

Según la encuesta de los que padecen Diabetes el 2.9% tuvieron diagnostico de SII.

TABLA N°11
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CONSUMO DE
CIGARRILLOS

		Diagnostico SII			
			No	Si	Total
Consumo de cigarillos	No fuma	N°	783	502	1285
		% del Total	57.4%	36.8%	94.1%
1 a 5 cig/día		N°	25	8	33
		% del Total	1.8%	.6%	2.4%
5a 10 cig/día		N°	7	4	11
		% del Total	.5%	.3%	.8%
10 a 15 cig/día		N°	2	1	3
		% del Total	.1%	.1%	.2%
>15 cig/día		N°	2	1	3
		% del Total	.1%	.1%	.2%
Esporádico		N°	17	13	30
		% del Total	1.2%	1.0%	2.2%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Según la encuesta la mayor prevalencia de SII la presentaron los no fumadores (36.8%).

TABLA N°12
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN HTA: PA MAYOR O IGUAL
140/90 mmhg

		Diagnostico SII			
			No	Si	Total
HTA pa>140/90	No	N°	567	353	920
		% del Total	41.5%	25.9%	67.4%
	Si	N°	269	176	445
		% del Total	19.7%	12.9%	32.6%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Se encontró que el 12.9% con HTA (PA>140/90) presentaron diagnostico SII.

TABLA N° 13**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CONSUMO DE ALCOHOL**

			Diagnostico SII		Total
			No	Si	
Consumo de Alcohol	No consume	N°	704	447	1151
		% del Total	51.6%	32.7%	84.3%
	1 vez/sem	N°	8	2	10
		% del Total	.6%	.1%	.7%
	2 a 3 veces/sem	N°	3	2	5
		% del Total	.2%	.1%	.4%
	Esporádico	N°	121	78	199
		% del Total	8.9%	5.7%	14.6%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

Se aprecia que el 32.7% de pacientes encuestados que consumen alcohol presentaron diagnostico SII.

TABLA N° 14**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN COLECISTECTOMIA**

			Diagnostico SII		Total
			No	Si	
Colecistectomia	No	N°	631	381	1012
		% del Total	46.2%	27.9%	74.1%
	Si	N°	205	148	353
		% del Total	15.0%	10.8%	25.9%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

Se observa que el 10.8% de pacientes colecistectomizados presentaron el Dx SII.

TABLA N° 15
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN APENDICECTOMIA

			Diagnostico SII		
			No	Si	Total
Apendicetomía	No	N°	684	424	1108
		% del Total	50.1%	31.1%	81.2%
	Si	N°	152	105	257
		% del Total	11.1%	7.7%	18.8%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

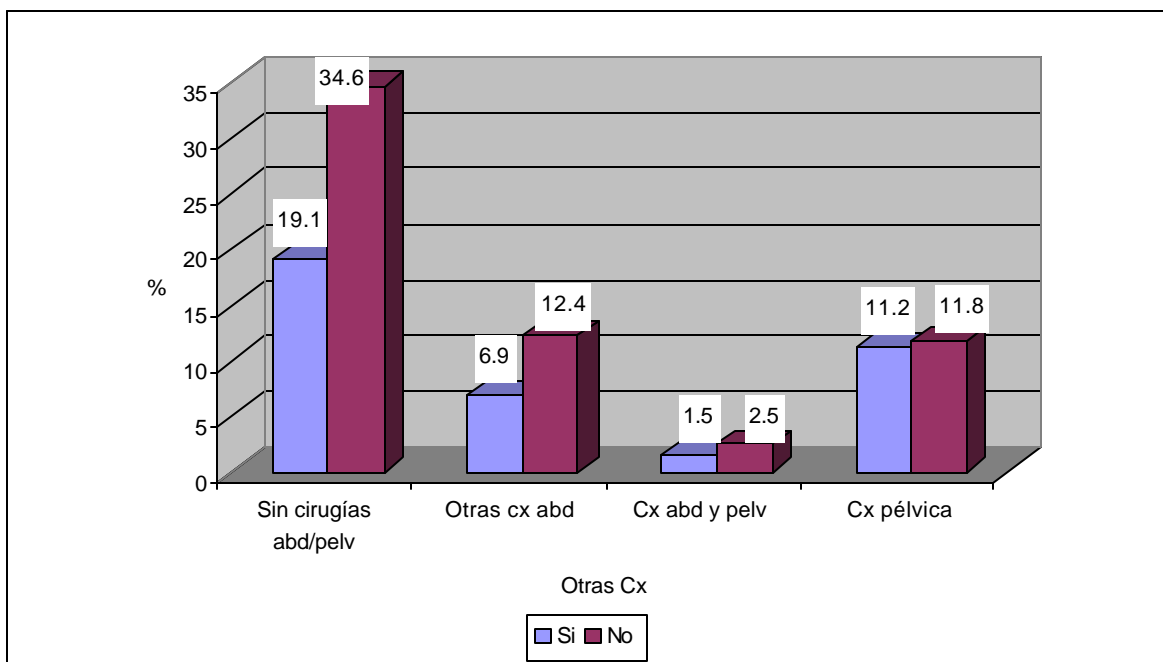
Se observa que el 7.7% de pacientes apendicetomizados presentaron el Dx SII.

TABLA N° 16
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN OTRAS CIRUGIAS

		Diagnostico SII		Total	
		No	Si		
Otras cx	Sin cirugias abd/pelv	N°	472	261	733
		% del Total	34.6%	19.1%	53.7%
	Otras cx abd	N°	169	94	263
		% del Total	12.4%	6.9%	19.3%
	Cx abd y pelv	N°	34	21	55
		% del Total	2.5%	1.5%	4.0%
	Cx pelvica	N°	161	153	314
		% del Total	11.8%	11.2%	23.0%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Chi cuadrado = 17.65 P = 0.001 (Significancia estadística)

GRAFICO N° 06
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN OTRAS CIRUGIAS



Según la encuesta la mayor prevalencia esta en los pacientes que tuvieron Cx pélvica (11.2%), seguido de otras Cirugías abdominales (6.9%).

TABLA N° 17

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CIRUGIA ABDOMINAL

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
CX Abdominal	No	N°	667	435	1102
		% del Total	48.9%	31.9%	80.7%
	Si	N°	169	94	263
		% del Total	12.4%	6.9%	19.3%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

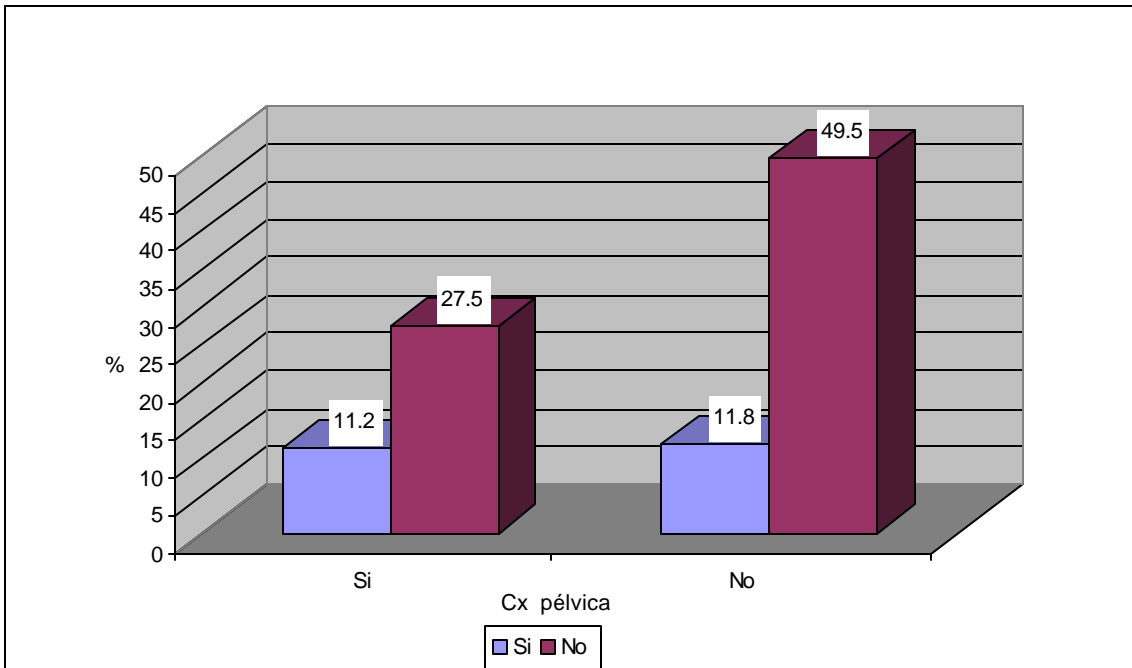
Se observa que el 6.9% de pacientes con Cirugía abdominal presentaron el Dx SII.

TABLA N° 18
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CIRUGIA PELVICA

		Diagnostico SII		Total	
		No	Si		
Cx Pelvica	No	N°	675	376	1051
		% del Total	49.5%	27.5%	77.0%
	Si	N°	161	153	314
		% del Total	11.8%	11.2%	23.0%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Chi cuadrado = 1.88 P = 0.000 (Significancia estadística)
OR = 1.7

GRAFICO N° 07
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CIRUGIA PELVICA



En la Tabla N° 18 se aprecia que la variable Cirugía Pélvica es una variable significativa. Además se observa que 11.2% de pacientes con Cirugía pélvica presentaron diagnostico SII.

TABLA N° 19

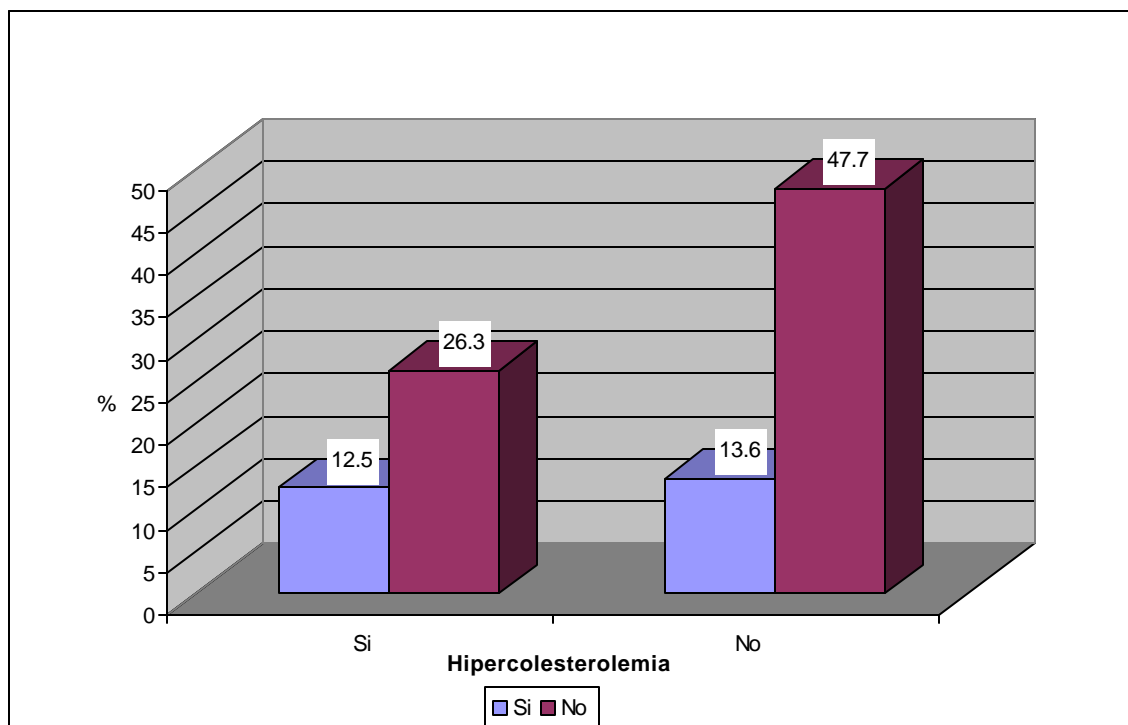
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN HIPERCOLESTEROLEMIA

			Diagnostico SII		Total
			No	Si	
Hipercolesterolemia	No	N°	651	359	1010
		% del Total	47.7%	26.3%	74.0%
	Si	N°	185	170	355
		% del Total	13.6%	12.5%	26.0%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

**Chi cuadrado=16.86 P=0.000 (Significancia estadística)
OR=1.6**

GRAFICO N° 08

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN HIPERCOLESTEROLEMIA



En la Tabla N° 19 se aprecia que la variable hipercolesterolemia es una variable significativa. Además en los pacientes con hipercolesterolemia, la prevalencia de diagnostico positivo de SII es de 12.5%.

TABLA N° 20
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CONSUMO DE CAFE

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
consumo de café	No	N°	817	513	1330
		% del Total	59.9%	37.6%	97.4%
	Si	N°	19	16	35
		% del Total	1.4%	1.2%	2.6%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

De los pacientes que consumen café, la prevalencia de diagnostico positivo de SII es de 1.2%.

TABLA N° 21
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN PRACTICA DE DEPORTES

		Diagnostico SII			
		No	Si	Total	
Practica de deportes	No	N°	626	400	1026
		% del Total	45.9%	29.3%	75.2%
1 ves/sem		N°	52	37	89
		% del Total	3.8%	2.7%	6.5%
2 veces /sem		N°	38	23	61
		% del Total	2.8%	1.7%	4.5%
3 veces/sem		N°	28	20	48
		% del Total	2.1%	1.5%	3.5%
>3 veces/sem		N°	92	49	141
		% del Total	6.7%	3.6%	10.3%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

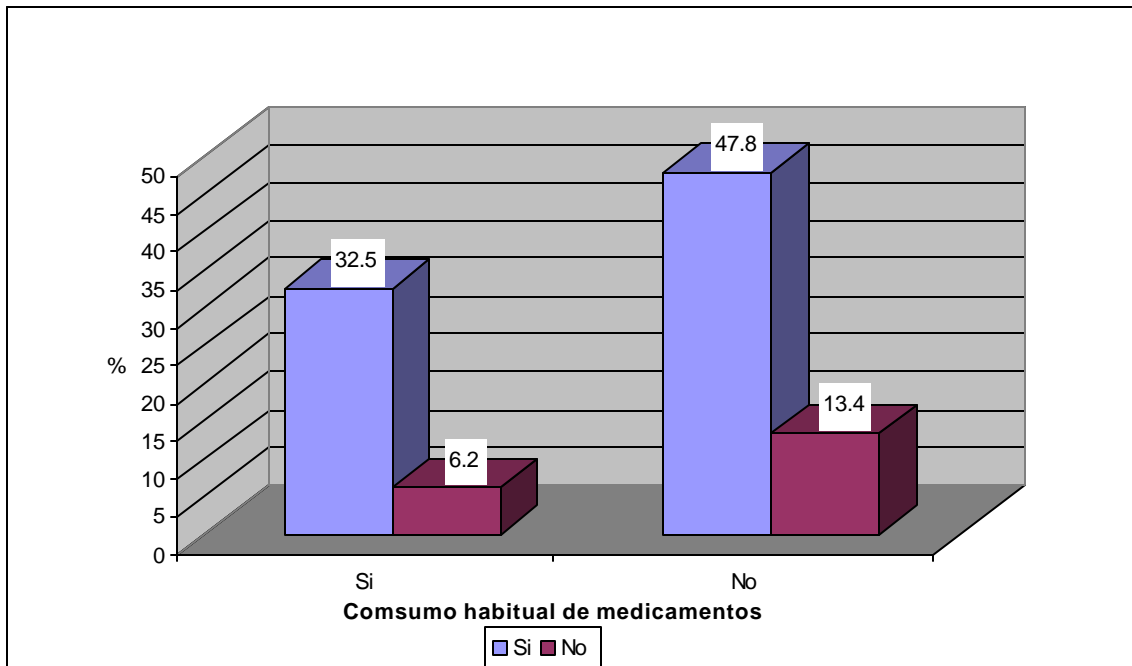
Se observa que la mayor prevalencia de 29.3% se encontró en los pacientes que no practican deporte y presentaron el Dx SII.

TABLA N° 22
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CONSUMO HABITUAL DE
MEDICAMENTOS

		Diagnostico SII		Total	
		No	Si		
Consumo habitual de medicamento	No	N°	183	85	268
		% del Total	13.4%	6.2%	19.6%
	Si	N°	653	444	1097
		% del Total	47.8%	32.5%	80.4%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Chi cuadrado =6.95 P=0.01 (Significancia estadística)
 OR=1.5

GRAFICO N° 09
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN CONSUMO HABITUAL DE
MEDICAMENTOS



Se aprecia que la variable Consumo Habitual de Medicamentos es significativa (P=0.01), Según la encuesta, de los pacientes de los que consumen habitualmente medicamentos, la prevalencia de Dx SII es de 32.5%.

TABLA N° 23
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN USO DE
ANTICONCEPTIVOS ORALES

			Diagnostico SII		Total
			No	Si	
Uso de anticonceptivos orales	No	N°	828	524	1352
		% del Total	60.7%	38.4%	99.0%
	Si	N°	8	5	13
		% del Total	.6%	.4%	1.0%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

Se observa que los pacientes que usan anticonceptivos orales el 0.4% presentaron Dx SII.

TABLA N° 24
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD
ULCERA PEPTICA

			Diagnostico SII		Total
			No	Si	
Antecedente de Enfermedad Ulceras pepticas	No	N°	685	419	1104
		% del Total	50.2%	30.7%	80.9%
	Si	N°	151	110	261
		% del Total	11.1%	8.1%	19.1%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

Se aprecia que el 8.1% de pacientes con antecedente de ulcera peptica presentaron SII.

TABLA N° 25
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN ANTECEDENTES PERSONAL DE
CANCER

			Diagnostico SII		
			No	Si	Total
Antecedentes personal de cáncer	No	N°	751	469	1220
		% del Total	55.0%	34.4%	89.4%
	Si	N°	85	60	145
		% del Total	6.2%	4.4%	10.6%
Total	N°		836	529	1365
	% del Total		61.2%	38.8%	100.0%

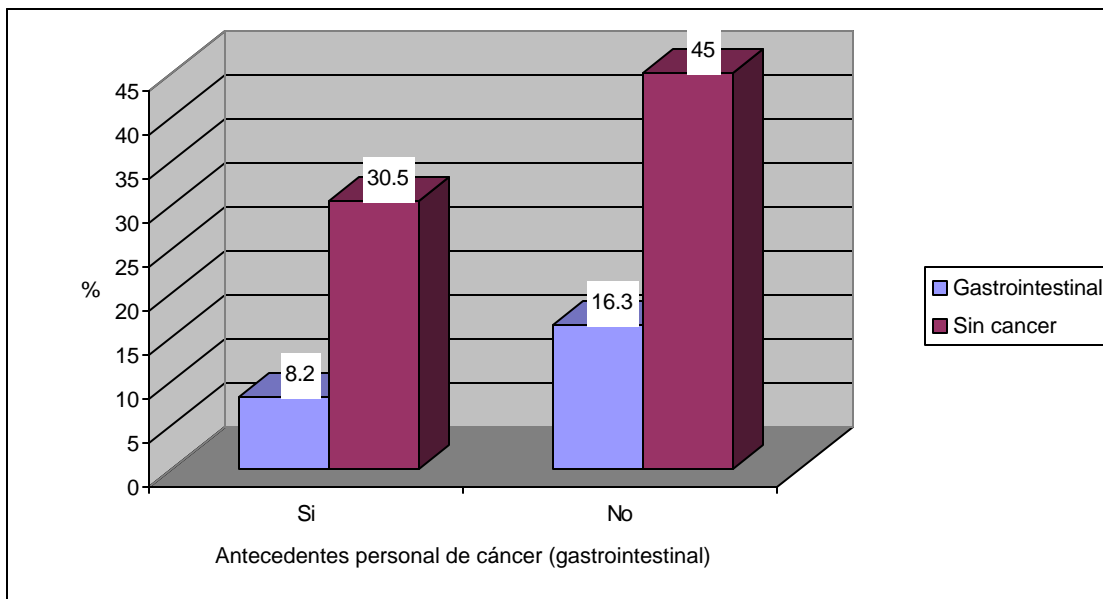
Se aprecia que los pacientes con antecedente personal de cáncer el 4.4% presentaron Dx SII.

TABLA N° 26
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN ANTECEDENTES PERSONAL DE
CÁNCER (GASTROINTESTINAL)

		Diagnostico SII		Total	
		No	Si		
tipo de cáncer personal	Sin cáncer	N°	614	417	1031
		% del Total	45.0%	30.5%	75.5%
	Gastrointestinal	N°	222	112	334
		% del Total	16.3%	8.2%	24.5%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Chi cuadrado = 5.08 P = 0.02 (Significancia estadística)
OR=0.74

GRAFICO N° 10
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN ANTECEDENTES PERSONAL DE
CÁNCER (GASTROINTESTINAL)



Se aprecia que la variable Antecedente Personal de Cáncer Gastrointestinal es significativa

Se observa que los pacientes con cáncer gastrointestinal el 8.2% presentaron Dx SII.

TABLA N° 27
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE
CANCER

			Diagnostico SII		
			No	Si	Total
Antecedente familiar de cáncer	No	N°	533	326	859
		% del Total	39.0%	23.9%	62.9%
	Si	N°	303	203	506
		% del Total	22.2%	14.9%	37.1%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Se observa que pacientes con antecedente familiar de cáncer el 14.9% presentaron dx SII.

TABLA N° 28
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON SII SEGÚN RECIBIO TRANSFUSIONES

			Diagnostico SII		
			No	Si	Total
Recibió transfusiones	No	N°	520	334	854
		% del Total	38.1%	24.5%	62.6%
	Si	N°	316	195	511
		% del Total	23.2%	14.3%	37.4%
Total		N°	836	529	1365
		% del Total	61.2%	38.8%	100.0%

Encontramos que los pacientes que recibieron transfusiones el 14.3% presento Dx SII.

DISCUSION

Tenemos conocimiento que este estudio es el primero que se realiza para determinar la prevalencia del SII en una población hospitalaria en el Perú.

El presente estudio tuvo una muestra de 1365 pacientes encuestados, lo cual constituye una muestra grande, lo cual nos da la certeza de que esta es una muestra confiable, a pesar de que el método de muestreo fue el de conveniencia, ya que en nuestro país no hemos podido encontrar referencias de estudios similares en una población Hospitalaria, y menos con una muestra de esta magnitud.

El instrumento utilizado, fue de fácil aplicación a la población encuestada teniendo un número escaso de personas que se negaron a realizar la encuesta (184) y 30 personas que no contestaron adecuadamente la encuesta. Siendo los criterios de ROMA II, los que actualmente se encuentran consensuados a nivel mundial para el diagnóstico del SII, es por esto que se eligió estos criterios para poder realizar el diagnóstico positivo del SII. Además se listaron una serie de variables como ;El Sexo , la edad, el Índice de Masa Corporal, el consumo de café , el antecedente de transfusiones sanguíneas, antecedente personales y familiares de cáncer, Hipertensión arterial, diabetes mellitus, consumo de cigarrillos, practica de deportes, entre otros.

De acuerdo a la literatura revisada, se reporta que aproximadamente el SII tiene una prevalencia del 10 % en Norte América (38). Los rangos estimados de prevalencia están entre el 3% al 20%, y la variación puede ser explicada por diferencias en la muestra examinada, y lo mas importante, por el uso de diferentes criterios para diagnosticar el SII. En general, usando el criterio de Manning para el diagnóstico de SII se encuentran altas

tasas de prevalencia, mientras que los criterios de ROMA son más restrictivos y especialmente los criterios de ROMA II, los cuales arrojan tasas de prevalencia menores para el diagnóstico del SII.

La prevalencia del SII es mayor comparado con otras enfermedades, en EEUU, la prevalencia del SII es de 20%, de la Diabetes 11%, del Asma 4%, de la Hipertensión 11%, de la Enfermedad Cardíaca 1.3%, esto sugiere que el SII constituye un grave problema para la sociedad (39). En nuestro país el SII es aún más complejo, ya que no se conoce con exactitud la magnitud del problema, tanto en la población en general, así como también en la población hospitalaria (ya que existiría un subdiagnóstico del SII).

La prevalencia del SII en Europa se ubica en un rango de 7% a 22%, Dinamarca presenta la prevalencia más baja (7%) y el Reino Unido la más alta (22%) (40).

La prevalencia hallada en el estudio es de 38.8% lo cual es bastante alta en comparación con los países europeos, solo comparable con Nigeria que tiene una prevalencia del 30% (40).

En la tabla que a continuación se detalla, se observan las prevalencias en distintos países de acuerdo a los criterios de diagnóstico utilizados.

TABLA N° 32

Autor	Año	Características de la Muestra	País	Tamaño de muestra	Criterio de diagnóstico	Prevalencia SII		
						Total	Mujeres	Varones
Talley .et al (2)	1991	Población blanca	EEUU	835	Manning	12.8	13.6	12.1
Heaton et al (3)	1992	Población blanca urbana	Inglaterra	1896	Manning	9.5	13	5
Drossman et al (5)	1993	Población blanca urbana	EEUU	5430	ROMA I	9.4	14.5	7.7
Taub et al (41)	1995	Estudiantes	EEUU	1344	Manning	16.9	19.1	9.7
Osterberg et al (42)	2000	Población blanca urbana	Suecia	2707	ROMA I	10.6	13.3	7.4
Boyce et al (43)	2000	Población blanca urbana	Australia	2910	Manning	13.6	17.2	9.8
					ROMA I	4.4	6.4	2.2
					ROMA II	6.9	9.2	4.6
Masud MA et al (44)	2001	Población rural	Bangladesh	2426	ROMA I	24.4	27.7	20.6
Kok Ann Gwee et al (45)	2004	Población asiática urbana	Singapur	2276	Manning	11	12.6	9.5
					ROMA I	10.4	11.7	9
					ROMA II	8.6	9.4	7.8
Lau EM et al (46)	2002	Población China Urbana	Hong Kong	1298	ROMA II	3.7	3.8	3.6
Lule GN at al (47)	2002	Población negra	Kenia	3462	Manning	8	-	-
Gilles Bommelaer et al (48)	2004	Población blanca	Francia	8221	Manning	2.5	3.1	1.7
					ROMA I	2.1	2.8	1.4
					ROMA II	1.1	1.3	0.9
Hungin APS et al (49)	2003	Población europea	Europa	41884	Manning	6.5	-	-
					ROMA I	4.2	-	-
					ROMA II	2.9	-	-
Campos GH et al (11)	1999	Población urbana- Lima	Perú	300	Manning	26	-	-
Curioso WH et al (12)	2002	Población selvática- San Martín	Perú	231	Manning	22	-	-
Alfaro H, R. (este estudio)	2004	Población Hospitalaria- Lima	Perú	1365	ROMA II	38.8	44.5	30.3

En tabla N° 32 se aprecia que la prevalencia de SII hallado con el criterio del ROMA II, es la mas baja en comparación con los otros criterios; la prevalencia mas alta con ROMA II es de 8.6 % del estudio hecho en Singapur por Kok Ann Gwee et al.

Existen dos estudios previos realizados en nuestro país: Campos Hurtado y colaboradores (2001), encontraron que el 26% de una población de nivel socioeconómico alto de Lima tenían diagnóstico de SII según los criterios de Manning (11). Y el estudio de Curioso W.H., y colaboradores encontraron que la prevalencia de SII en una comunidad de la Selva peruana era de 22%. (12).

En nuestro estudio la prevalencia hallada de 38.8% es la más alta de la literatura revisada con la salvedad de que la población que hemos estudiado es una población hospitalaria y toda la literatura se refiere a estudios poblacionales extrahospitalarios sean estos urbanos o rurales, por lo cual nuestros resultados evidencian una realidad hospitalaria poco estudiada hasta la fecha. Los resultados hallados son de un Hospital de IV nivel de Lima Metropolitana, lo cual sugiere que esta sería la prevalencia de los Hospitales de IV nivel de atención de la seguridad social (ESSALUD). Para saber la prevalencia Hospitalaria del sector salud con mayor certeza, se necesitaría hacer un estudio multicéntrico de prevalencia que incluya Hospitales de la Seguridad Social, Ministerio de Salud y de Hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales.

La prevalencia del SII en la población hospitalaria del HGAI, es un problema grave, ya que casi el 40% de los pacientes que acuden a consulta en el SG presentan SII, lo que significa que siendo el SII una enfermedad que se puede diagnosticar fácilmente y recibir tratamiento en los Centros Asistenciales de menor nivel de atención de ESSALUD, están llegando mayoritariamente a la consulta ambulatoria del HGAI, trayendo consigo la congestión de las citas de la especialidad y por ende desplaza a los pacientes que realmente necesitan de la atención de los Gastroenterólogos del Hospital para la solución de problemas más complejos que el SII, ocasionando inequidad y dificultad de acceso a la atención sanitaria oportuna de pacientes con problemas complejos en el HGAI. Por lo cual se sugiere a las autoridades de ESSALUD, que en base a estos resultados se podrían

implementar estrategias de priorización o categorización de pacientes con el diagnóstico de SII, para que estos puedan ser diagnosticados y tratados en los establecimientos de menor nivel, y que solo los pacientes que se compliquen o necesiten atención de mayor complejidad sean referidos al HGAI, con lo que la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología se descongestionaría, para la atención de otros problemas.

Se observa que los pacientes con diagnóstico de SII tuvo una prevalencia general del 38.8 %, de los cuales el sexo femenino aportó una prevalencia del 26.5%, frente al sexo masculino que aportó una prevalencia del 12.2 %.

Pero si queremos evidenciar la prevalencia por sexo individualmente tendríamos: Que el sexo femenino tuvo una prevalencia del 44.5 % entre todas las mujeres del estudio, y el sexo masculino tuvo una prevalencia del 30.3 % entre todos los varones del estudio.

La variable Sexo resultó significativa, lo cual concuerda con la Literatura médica actual, que especifica que el sexo femenino presenta mayor correlación con el diagnóstico de SII y en el presente estudio las mujeres tienen 1.8 veces más riesgo de tener el SII en relación al sexo masculino.

De todos los pacientes que tuvieron de SII, el 44% presentó SII tipo diarrea. En la Literatura mundial se observa una gran variabilidad en la prevalencia de los distintos tipos de SII. Esto se debe a que no todos los autores utilizan el mismo método de clasificación (diferentes criterios de diagnóstico).

En el estudio, el grupo de edad de 50 años en adelante, presenta la prevalencia acumulada más alta (28.8%), esto difiere con la literatura que afirma que el SII es más prevalente en adultos jóvenes y de mediana edad más que en pacientes ancianos. Asimismo la mayoría de los pacientes se encuentran entre los 30 a 50 años cuando ocurre su primera consulta con el médico por este problema, y los reportes de la frecuencia del SII tienden a disminuir conforme avanza la edad (50), pero todas estas referencias se refieren a poblaciones

extrahospitalarias y existe muy poca información sobre el comportamiento del SII por grupos etareos en poblaciones hospitalarias, y además está el hecho que el HGAI es un hospital nacional de referencia al cual derivan con mayor frecuencia pacientes gerontes desde los centros asistenciales de menor nivel, cuando sospechan de un problema gastrointestinal orgánico y los derivan para estudio y diagnóstico de la especialidad, cuando en realidad se trata de patologías que pueden ser diagnósticas en los primeros niveles de atención.

Asimismo se encontraron hallazgos secundarios con las variables que tuvieron significancia estadística las cuales fueron :Sexo ,Grupo etareo , Diabetes Mellitus (DM), Antecedente de Cirugía Pélvica y Antecedente personal de Cáncer gastrointestinal , los cuales podría ser útiles para el planteamiento de futuros estudios de causalidad.

CONCLUSIONES

1. Aplicando los criterios de Roma II, se encontró que la prevalencia del SII en la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología del HGAI es de 38.8%.
2. De todos los pacientes que tuvieron de SII de acuerdo a los criterios de Roma II tenemos; el 44% presento SII tipo diarrea, el 32% tipo estreñimiento, el 19% tipo mixto y el 5% no se pudo determinar.
3. Del valor de la prevalencia general de 38.8 %, el sexo femenino aportó una prevalencia del 26.5%, frente al sexo masculino que aportó una prevalencia del 12.2 %. La variable Sexo resultó significativa. Por lo que existiría un riesgo de 1.8 veces en el sexo femenino de tener el SII en relación al sexo masculino.
4. El grupo etareo de 60 a 69 años es el que presenta la mayor prevalencia en el diagnóstico de SII (10.2% de prevalencia).
5. El grupo de edad de 50 años hacia adelante presenta una prevalencia acumulada de 28.8%.
6. Secundariamente se halló significancia estadística con las siguientes variables Sexo, Grupo etareo, Diabetes Mellitus (DM), Antecedente de Cirugía Pélvica y Antecedente personal de Cáncer gastrointestinal.

ANEXO

INSTRUMENTO FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

I).- VARIABLES CLINICAS-DEMOGRAFICAS:

Marcar con una (X) NOMBRE :.....

1).- Sexo:

F(0)	M(1)
------	------

 2).-Edad

--

 (años):

3).- Estado Civil

Solt(0)	Conv(1)	Casad(2)	Divor(3)	Viudo(4)
---------	---------	----------	----------	----------

4).- Grado de Instrucción:

Analf (0)	Primar (1)	Secund (2)	Super Incom(3)	Super Comple(4)	Técnico (5)
--------------	---------------	---------------	-------------------	--------------------	----------------

5).- Numero de consultas en el ultimo año al servicio de Gastroenterología, por el mismo motivo

Nin guna (0)	01 vez (1)	02 veces (2)	03 veces (3)	04 veces (4)	> 04 veces (5)
--------------------	------------------	--------------------	--------------------	--------------------	----------------------

6).- IMC:

TallaMt	PesoKg	IMC = P/(TxT)	< 20 (1)	20-25 (2)	25-30 (3)	>30 (4)
-------	---------	------	---------	------------------	-------------	--------------	--------------	------------

7).-Ocupación:

Desem pleado(a) (0)	Empleado (a) de oficina (1)	Obrero(a) (2)	Funciona rio(a) (3)	Jubilado(a) (4)	Ama de casa (5)	Indepen diente (6)	No Indica (7)
---------------------------	-----------------------------------	------------------	---------------------------	--------------------	--------------------------	--------------------------	------------------

8).- HTA: PA \geq 140/90 mm Hg
(Referido por el paciente)

NO (0)	SI (1)
--------	--------

9).- Diabetes Mellitus: (referido por el paciente)
Glucosa en ayunas > 126 mg/dl (7 mmol/l).

NO (0)	SI (1)
--------	--------

10).- Consumo de cigarrillos: N^a de cigarrillos por día

No Fuma (0)	1 a 5 cig x día (1)	5 a 10cig x día (2)	10 a 15cig x día (3)	>15 cig x día (4)	Esporádico (5)
-------------------	------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------	-------------------

11).- Consumo de Alcohol:
(En el último año)

No consume (0)	1 vez x semana (1)	2 a 3 veces x semana(2)	Esporadico (3)
-------------------	-----------------------	----------------------------	-------------------

12).- Colectectomía a:

NO (0)	SI (1)
--------	--------

 13).- Apendicectomía:

NO (0)	SI (1)
--------	--------

14).- Otras Cirugías:

Sin Cx Abdomino Pélvica (0)	Otra Cx Abdominal (1)	Cx Abdomino Pélvica (2)	Cx Pélvica (3)
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-------------------

15).- Hipercolesterolemia: Colesterol >200 mg/cc
(Referido por el paciente)

NO (0)	SI (1)
--------	--------

16).- Consumo de Café (> 03 tazas x día):

NO (0)	SI (1)
--------	--------

17).- Práctica de deportes:

No (0)	01 vez x sem (1)	02 veces x sem (2)	03 veces x sem (3)	> 03 veces x sem (4)
-----------	---------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------------

18).- Consumo habitual de medicamentos
(Todos o casi todos los días):

NO (0)	SI (1)
--------	--------

19).- Uso de Anticonceptivos Orales:

NO (0)	SI (1)
--------	--------

20).- Antecedentes de abuso sexual en la infancia:

NO (0)	SI (1)	No Indica (2)
-----------	-----------	------------------

21).- Antecedentes de Enfermedad Ulcera Peptica:

NO (0)	SI (1)
--------	--------

22).- Antecedente personal de Cáncer:

NO (0)	SI (1)
-----------	-----------

23).- Tipo de
Cáncer
Personal

Sin Cáncer (0)	Ca Gastrointes tinal (1)	Ca de Mama (2)	Ca Hematológico (3)	Ca Genitourinario (4)	Otros Canceres (5)
----------------------	--------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------

24).- Antecedente familiar de Cáncer:
(Abuelos, Padres y hermanos)

NO (0)	SI (1)
-----------	-----------

25).- Recibió transfusiones

NO (0)	SI (1)
--------	--------

II.- CRITERIOS DE ROMA II:

26).- ¿En los últimos 12 (doce) meses, UD ha tenido frecuentemente (*) una molestia (discomfort) o dolor abdominal, durante por lo menos 12 (doce) semanas, las cuales no necesitan ser consecutivas?

NO, O RARAMENTE (0)	SI (1)
------------------------	-----------

La respuesta debe ser SI para continuar con el estudio.

(*) Frecuentemente significa que los síntomas estuvieron presentes durante al menos 03 semanas (al menos un día en una semana) en los últimos 03 meses.

27).- ¿Esta molestia o dolor se alivia normalmente al defecar?

NO, O RARAMENTE (0)	SI (1)
------------------------	-----------

28).- ¿Cuándo aparece la molestia o el dolor, usted tiene un cambio en su número habitual de deposiciones (hace más o menos deposiciones)?

NO, O RARAMENTE (0)	SI (1)
------------------------	-----------

29).- ¿Cuándo aparece la molestia o el dolor, usted tiene heces más suaves o más duras que lo habitual?

NO, O RARAMENTE (0)	SI (1)
------------------------	-----------

****).- ¿UD Tiene alguno de los siguientes síntomas al menos el 25% de las veces (ocasiones o días) en los últimos 03 (tres) meses?

(30) Menos de tres deposiciones a la semana (0 a 2)

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(31) Mas de tres deposiciones en un día (4 o mas)

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(32) Heces duras o en trozos

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(33) Heces sueltas, espesas o liquidas

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(34) Tensión durante una deposición

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(35) Tiene que ir apurado al baño para defecar

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(36) Sensación de vaciado incompleto después de una defecación (Sensación de no haber terminado de defecar)

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(37) Pasaje de moco durante las deposiciones

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(38) Plenitud abdominal o hinchazón

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(39) Una sensación que las heces no pueden pasar (Ej. Están bloqueadas) cuando se hace las deposiciones

NO (0)	SI (1)
--------	--------

(40) Una necesidad de presionar sobre o alrededor del ombligo o vagina, para tratar de remover las heces para terminar la deposición.

NO (0)	SI (1)
--------	--------

CONCLUSION:

41).- Diagnostico de SII:

NO (0)	SI (1)
--------	--------

42).- Tipo de SII:

Diarrea (0)	Estreñimiento (1)	Mixto (2)
----------------	----------------------	--------------

BIBLIOGRAFÍA

- 1). Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Irritable bowel síndromes in a Community Subgroups, Risks factors, and Health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995; 142 (1): 76-83.
- 2). Talley, NJ, Zinsmeister, AR, Van Dyke, C, et al. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101:927.
- 3). Heaton, KW, O'Donnell, LJ, Braddon, FEM, et al. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: Consulters and nonconsulters. *Gastroenterology* 1992; 102:1962.
- 4). Everhart, JE, Renault, PF. Irritable bowel syndrome in office based practice in the United States. *Gastroenterology* 1991; 100:998.
- 5). 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
- 6). Schuster, MM. Diagnostic evaluation of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20:269
- 7). Camilleri M, Williams DE. Economic burden of irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics* 2000;17(4): 331-338.
- 8). Talley, NJ, Gabriel, SE, Harmsen, WS, et al. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109:1736
- 9). Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: A technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997;112(6): 2120-2137.

- 10). A. Caballero-Plasencia AM, Sofos-Kontoyannis S, Valenzuela-Barranco M, Martín-Ruiz JL, Casado-Caballero FJ, Guilarte López-Mañas J. Irritable bowel syndrome in patients with dyspepsia: A community-based study in southern Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11: 517-522
- 11). Campos Hurtado Guisella, Villareal Minchola Juan, Cornejo Zapata Carlos, Leon Barua Raul. *Revista de Gastroenterología del Perú* , 21: 301-305, 2001.
- 12). Curioso W.H., Donaires-Mendoza N, Bacilio-Zerpa C, Ganoza-Gallardo C, Leon-Barua R. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome del intestino irritable en una comunidad de la selva peruana. *Rev Gastroenterol Perú* 2002;22(2): 129-140.
- 13). Camilleri M, Choi M-G. Review article: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:3–15.
- 14).- Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ* 1978;2:653–4
- 15). Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45(Suppl. II):43–7.
- 16). Drossman, DA, McKee, DC, Sandler, RS, et al. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome: A multivariate study of patients and nonpatients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988; 95:701

- 17). Drossman DA, Li Z, Toner BB et al. Functional bowel disorders. A multicenter comparison of health status and development of illness severity index. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 986-995.
- 18). 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.
- 19). Thompson, WG. C. Functional bowel disorders and D. functional abdominal pain. In: *Functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology and treatment*, Drossman, DA, Richter, JE, Talley, NJ, et al (Eds), Degnon and Associates, McLean VA, 1994. p.115.
- 20). Jones R, Lydeard S. Irritable Bowel Syndrome in the General population. *BMJ* 1992; 304: 87-90
- 21). Bommelaer, G, Rouch, M, Dapoigny, M, et al. Epidemiology of functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterol Clin Biol* 1986; 10:7
- 22). Jones, R, Lydeard, S. Irritable bowel syndrome in the general population. *Br Med J* 1992; 304:87.
- 23). Kay, L, Jorgensen, T, Jensen, KH. The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random population: Prevalence, incidence, natural history and risk factors. *J Intern Med* 1994; 236:23.
- 24). Jain, AP, Gupta, OP, Jajoo, UN, Sidhwa, HK. Clinical profile of irritable bowel syndrome at a rural based teaching hospital in central India. *J Assoc Physicians India* 1991; 39:385.

- 25). Sandler, RS, Drossman, DA, Nathan, HP, McKee, DC. Symptom complaints and health care seeking behavior in subjects with bowel dysfunction. *Gastroenterology* 1984; 87:314.
- 26). Mearin F, Badía X, Ibergroup. How restrictive are Rome II criteria for the diagnosis of irritable bowel syndrome (SII)? *Gastroenterology* 2001; 118 (suppl.): A231
- 27). Cadenas F, Villanueva A, Iglesias-Canle J, García-Castiñeira A, Iglesias-García J, Domínguez-Muñoz JE. Clinical course of irritable bowel syndrome (IBS): A 2-3 years follow-up study. *Gastroenterology* 2001; 118 (suppl.): A757.
- 28). Jones J, Boorman J, Cann P et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut* 2000; 47(Suppl. II): ii1-ii19.
- 29). Hahn BA, Kirchoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Patient-perceived severity of irritable bowel syndrome in relation to symptoms, health resource utilization and quality of life. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11(3): 553-559
- 30). Van Dulmen AM, Fennis JF, Mokkink HG, Bleijenberg G. The relationship between complaint-related cognitions in referred patients with irritable bowel syndrome and subsequent health care seeking behaviour in primary care. *Fam Pract* 1996;13(1):12-17.
- 31). Smart HL, Mayberry JF, Atkinson M. Alternative medicine consultations and remedies in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut* 1986; 27: 826-828.
- 32). Afifi ZE. Daily practices, study performance and health during the Ramadan fast. *J R Soc Health* 1997;117(4): 231-235.

- 33). Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: A systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133(2): 136-147
- 34). Haubrich WS. Alteraciones funcionales del intestino. En: Bockus HL, *Gastroenterología* 3 ed. Barcelona: Salvat 1980;vol 2:927-49.
- 35). Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in an office-based practice in the United States. *Gastroenterology* 1991;100:998–1005 [
- 36). Kay L. Prevalence, incidence and prognosis of gastrointestinal symptoms in a random sample of an elderly population. *Age and Ageing* 1994;23:146–9.
- 37).- Blanchard EB, Scharff L, Schwarz SP, Suls JM, Barlow DH. The role of anxiety and depression in the irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 1990;28: 401–5.
- 38).- Saito YA, Schoenfield P, Locke GR III. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2002; 1910-1915.
- 39).- Olden Kevin. Incidencia e implicancia socioeconómica de la enfermedad-SII. *Crónica del Simposio Novartis DDW 2002.* San Francisco, EEUU Mayo 2002.
- 40).- Quigley E MM. Síndrome de Intestino Irritable: la visión del Clínico. Simposio Satelite. Noviembre 2003 , Madrid España UEGW- United European Gastroenterology Week.
- 41). - Tabú E, et al Irritable bowel syndrome defined by factor análisis: gender and race comparisons. *Dig Dis Sci* 1995; 40:2647-2655.

- 42). - Osterberg E et al. A population study on Irritable bowel syndrome and mental health. Scand J Gastroenterol 2000; 35:264-268.
- 43). - Boyce PM et al. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? Am J Gastroenterology. 2000; 95:3176-3182.
- 44). - Masud MA et al. Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: Prevalence, symptoms pattern, and health care seeking behavior. Am J Gastroenterology. 2000; 96:1547-1552.
- 45). - KoK-Ann Gwee et al . The prevalence, Symptom Characteristics, and Impact of Irritable bowel syndrome in an Asian Urban Community. Am J Gastroenterology. 2004; 99:924-935.
- 46). - Lau EM et al. Epidemiology of Irritable bowel syndrome in Chinese. Dig Dis Sci 2002; 47:2621-2624.
- 47). - Lule GN et al . Irritable bowel syndrome in Kenyans. East Afr Med J. 2002 Jul; 79(7):360-3.
- 48). - Gilles Bommelaer et al. Prevalence of Irritable bowel syndrome (IBS) and variability of diagnostic criteria. Gastroenterologie Clinique et Biologique. Jun 2004; 28:6-7, Cahier 1.
- 49). - Hungin AP et al. The prevalence, patterns and impact of Irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. March 2003; 17, 5 :643-652.

50). - Drossman, DA, Camilleri M, et al. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* Dec 2002; 123:2108-2131 .

INDICE

	Página
AGRADECIMIENTOS	02
RESUMEN	05
INTRODUCCION	06
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	19
DISCUSION	42
CONCLUSIONES	48
ANEXO	49
BIBLIOGRAFIA	52
INDICE	59