

Síndrome del intestino irritable: una enfermedad con una elevada carga socioeconómica y sanitaria

El síndrome de intestino irritable (SII) representa una carga asistencial importante para los médicos, tanto de atención primaria como de atención especializada¹. Este síndrome se caracteriza por la presencia de dolor o malestar abdominal, flatulencia y alteración del hábito deposicional (estreñimiento, diarrea o alternancia de ambos), síntomas que se manifiestan de forma crónica y recurrente. La prevalencia de este síndrome es algo variable en función de los criterios utilizados para su diagnóstico; los más universalmente aceptados en la actualidad son los definidos en la reunión de expertos denominada Roma II. En España, la prevalencia descrita oscila entre el 3,3-7,5% según estos criterios^{2,3} y el 13,6% según otros criterios menos restrictivos⁴. Sin embargo, un número mayor de pacientes presentan síntomas funcionales atribuidos al intestino, aunque no cumplen estrictamente los criterios aceptados para definir esta enfermedad.

Dificultades para establecer el diagnóstico

El diagnóstico de SII genera incertidumbres a los médicos al no haber un marcador clínico o biológico específico de la enfermedad. Además, debido a su complejidad, el diagnóstico formal mediante criterios establecidos, como los de Roma II, es mucho más útil para la identificación de pacientes homogéneos para ensayos clínicos que para el diagnóstico sistemático en las consultas de atención primaria. Como consecuencia de ello, muchos pacientes con este síndrome no obtienen un diagnóstico concreto para sus síntomas. Como ejemplo de ello, una encuesta europea demostró que un 1,3% de la población española había sido diagnosticada de SII, pero un 6% adicional relataba síntomas compatibles o similares a SII sin que hubiera obtenido un diagnóstico concreto por parte de su médico³. Estas cifras eran muy similares para la mayoría de los países europeos.

Aunque no todas las personas con síntomas de SII buscan ayuda sanitaria, los que presentan síntomas más intensos o frecuentes suelen consultar al médico. Sin embargo, desde la primera consulta hasta un diagnóstico de certeza de SII suele haber una importante demora, y a menudo éste se obtiene después de haber consultado a varios facultativos. Así, el 17% de los pacientes diagnosticados en Europa con este síndrome ha sido visitado en un centro hospitalario como consecuencia de éste, un 7% en los últimos 12 meses y un 5% más de una vez. El 90% de ellos ha sido visitado por su

médico de familia al menos una vez. Se ha estimado que, de todos los pacientes que consultan por primera vez con síntomas de SII en Europa, sólo una quinta parte son diagnosticados de esta enfermedad en su primera visita al médico, mientras que aproximadamente la mitad obtiene el diagnóstico después de un promedio de 2 a 6 visitas³.

Esto representa una carga importante para el sistema sanitario y un grado de angustia e incertidumbre importante para el paciente. Un estudio español reciente ha demostrado que los pacientes que cumplen los criterios de Roma II para SII presentan de manera significativa una mayor preocupación y otorgan una elevada importancia a su problema, utilizan más los recursos sanitarios y tienen una peor calidad de vida que otros pacientes con trastornos funcionales menores⁵.

En general, antes de realizar un diagnóstico de SII deben descartarse razonablemente posibles causas orgánicas de los síntomas del paciente, como el cáncer colorrectal, la enfermedad inflamatoria intestinal u otros trastornos orgánicos⁶. Esta aproximación es siempre difícil, ya que genera la disyuntiva entre un cribado de enfermedad orgánica exclusivamente mediante los datos clínicos o bien por medio de la realización de pruebas diagnósticas, las cuales representan un engorro para el paciente, una importante carga de trabajo para el sistema sanitario y un notable coste económico. Por ejemplo, en el Reino Unido se ha informado que el 63% de los pacientes que acuden al médico con síntomas compatibles con SII reciben pruebas diagnósticas tales como enema opaco, colonoscopia o ecografía¹, pruebas cuyo resultado negativo genera confianza en el diagnóstico, pero que no proporcionan por sí mismas datos positivos de éste. Sin embargo, en general, las guías clínicas y los documentos de consenso más actuales tienden a aconsejar que, en ausencia de datos clínicos sospechosos o factores de riesgo manifiesto para algunas enfermedades concretas, el diagnóstico de SII se realice según el cumplimiento de criterios clínicos más que basado en la exclusión de enfermedades orgánicas⁷⁻⁹. Esta aproximación permite realizar el diagnóstico de SII de forma razonablemente segura y coste-efectiva, además de acortar de manera significativa el tiempo de diagnóstico y el período de incertidumbre que vive el paciente.

Costes de la enfermedad

Además de acortar los tiempos del diagnóstico, el apropiado abordaje diagnóstico y terapéutico del SII es esen-

cial para minimizar el impacto socioeconómico de esta enfermedad. Es bien conocido que el SII conlleva un importante uso de recursos sanitarios, sin mencionar el impacto negativo que ejerce en la calidad de vida de los pacientes. Los costes directos incluyen las visitas al médico, las hospitalizaciones, las pruebas diagnósticas y el coste de los tratamientos. Un estudio llevado a cabo en varios países europeos demostró que los costes anuales por paciente con SII pueden variar desde 601 € en el Reino Unido hasta 1.025 € en Alemania¹⁰. Aunque, como ya hemos comentado, no todos los pacientes con SII buscan ayuda médica para sus síntomas, el SII representa una de las causas más frecuentes de consulta en gastroenterología, tanto en atención especializada como en atención primaria. En España se ha estimado que los pacientes con SII que cumplen los criterios de Roma II realizan un promedio de 2,92 visitas por año al médico, de las cuales el 27,7% son consultas de gastroenterología y un 4%, hospitalizaciones⁵. Además, el SII se asocia con una mayor frecuencia de la observada en la población general de cirugía abdominal y pélvica, como colecistectomía o apendicectomía¹¹. Por tanto, debe sumarse al coste general de la atención sanitaria prestada para el tratamiento del SII.

La falta de un tratamiento que cubra todos los síntomas del SII es a menudo señalado por los médicos como un inconveniente para una aproximación terapéutica adecuada de estos pacientes. En la actualidad, los tratamientos disponibles para este síndrome en Europa incluyen diversos tipos de fármacos, como laxantes o antidiarreicos, espasmolíticos o antidepressivos en dosis bajas. La evidencia disponible sobre la efectividad clínica de estos fármacos sobre la mejoría global del SII es escasa y poco sólida. Además, estos fármacos centran su beneficio terapéutico en uno solo de los diversos síntomas que caracterizan la enfermedad, lo que hace imprescindible la asociación de varios de ellos para cubrir todo el espectro sintomático del paciente. Ello constituye una dificultad manifiesta para el cumplimiento del tratamiento y es, en general, motivo de insatisfacción, tanto por parte del médico como del paciente. Todas estas circunstancias ponen de relieve la necesidad de desarrollar nuevos tratamientos que permitan cubrir en una sola medicación el amplio espectro sintomático de esta enfermedad.

Además de los costes directos derivados del diagnóstico y el tratamiento, el SII está asociado con unos costes indirectos muy significativos. Entre ellos se incluyen los costes derivados del decremento en la productividad laboral y de las reducciones en el salario de los pacientes que lo presentan, así como los costes intangibles derivados del deterioro de la calidad de vida del enfermo. Con respecto a este último aspecto, un estudio realizado en España demostró que prácticamente todos los ítems valorados en un cuestionario de calidad de vida estaban disminuidos con respecto a la población general y afectaban a muchas de las

actividades de la vida diaria y a los aspectos más significativos de la esfera del bienestar general¹². Por todo ello, no es sorprendente que los costes indirectos sean muy elevados, tal y como ha quedado reflejado en los datos provenientes del Reino Unido, que han estimado un coste de 1.083 € anuales por cada paciente con SII⁹.

En conclusión, el SII no sólo deteriora la calidad de vida de los pacientes que lo presentan sino que, además, está asociado con unos costes económicos muy importantes. Aunque no todos los pacientes consultan al médico por sus síntomas, los que lo hacen a menudo deben realizarse un número elevado de pruebas diagnósticas no siempre necesarias y suelen visitar a varios médicos antes de obtener un diagnóstico definitivo de SII. La mejoría de esta situación debe proceder del uso más extendido de las recomendaciones de las guías clínicas, que inducen a diagnosticar este síndrome exclusivamente sobre la base de criterios clínicos en ausencia de síntomas o signos de alarma, o de factores de riesgo bien establecidos para determinadas enfermedades orgánicas. Sin embargo, una vez establecido el diagnóstico, las limitaciones proceden de la falta de medicaciones efectivas que cubran el amplio espectro de síntomas de esta enfermedad. Esperamos que en un futuro inmediato podamos disponer de nuevas opciones farmacológicas que, junto con una aproximación diagnóstica más eficiente, nos permitan incrementar el grado de satisfacción, tanto del médico como del paciente, en el abordaje de esta enfermedad.

Conflicto de intereses: El Dr. Josep M. Piqué ha colaborado en la elaboración de una Guía de Práctica Clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable que ha sido financiada con una beca sin restricciones del laboratorio Novartis.

Josep M. Piqué^a y Ángel Lanás^b

^aServicio de Gastroenterología. Instituto de Enfermedades Digestivas y Metabólicas. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona. Barcelona. ^bServicio de Digestivo. Hospital Clínico Lozano Blesa. Universidad de Zaragoza. Zaragoza. España.

Bibliografía

1. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut*. 2000;46:7-82.
2. Mearin F, Badia X, Balboa A, Baro E, Caldwell E, Cucala M, 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;36:1155-61.
3. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17:643-50.
4. Caballero AM, Sofos S, Valenzuela M, Martín JL, Casado FJ, López JG. Irritable bowel syndrome in patients with dyspepsia: a community-based study in southern Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1999;11:517-22.

5. Badia X, Mearin F, Balboa A, Baro E, Caldwell E, Cucala M, et al. Burden of illness in irritable bowel syndrome comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmaeconomics*. 2002;20:749-58.
6. Cash BD, Chey WD. Irritable bowel syndrome: an evidence-based approach to diagnosis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:1235-45.
7. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:2812-8.
8. Malagelada JR. IBS: making a positive diagnosis. *Int J Clin Pract*. 2006;60:57-63.
9. Tort S, Balboa A, Marzo M, et al. Guía de práctica clínica sobre el síndrome de intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol*; En prensa 2006.
10. Ricci J-F. Irritable bowel syndrome: a comparison of the economic (direct and indirect) burden in four European countries. *Gut*. 2002;51 Suppl 3:A107.
11. Hasler WL, Schioenfeld P. Abdominal and pelvic surgery in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17:997-1005.
12. Minguez M, Cucala M, Sofos S, Bixquert M, Cobos A, Mascort J, et al, y grupo estudio ITEMS. Calidad de vida en pacientes con síndrome del intestino irritable: características basales del estudio Items. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:215.