



ARTÍCULO ESPECIAL

Relevancia y necesidades del síndrome del intestino irritable (SII): comparación con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). (Por favor, si no te interesa el SII, léelo.)



Fermín Mearin, Miquel Sans y Agustín Balboa*

Servicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon, Barcelona, España

Recibido el 6 de octubre de 2021; aceptado el 19 de diciembre de 2021

Disponible en Internet el 17 de enero de 2022

PALABRAS CLAVE

Síndrome del intestino irritable;
Enfermedad inflamatoria intestinal;
Colitis ulcerosa;
Enfermedad de Crohn;
Comparación;
Prevalencia;
Costes;
Preferencias;
Estigmatización

Resumen

Introducción: En nuestra opinión existe un desequilibrio entre la relevancia del síndrome del intestino irritable (SII) y los medios que se le proporcionan.

Objetivo: Revisar los diferentes factores que determinan (o deberían determinar) el interés de los gastroenterólogos por el SII, comparándolo con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Para ello se han analizado 7 áreas diferentes: 1. Impacto médico; 2. Impacto social; 3. Importancia académica; 4. Relevancia clínica; 5. Relevancia científica; 6. Relevancia pública; y 7. Aspectos personales del médico.

Resultados: La prevalencia es 10 veces superior en el SII, suponiendo hasta el 25% de las visitas del gastroenterólogo. Ambas patologías alteran la calidad de vida, en muchos casos de forma semejante. El coste social es muy importante en ambos casos (p.ej., absentismo del 21 y del 18%), así como el económico, aunque muy superior en medicación para la EII. La dedicación académica es más del doble para la EII, tanto en la universidad como en la formación MIR. La relevancia científica es mayor en la EII, con un número de publicaciones cuatro veces superior. La relevancia pública no es muy diferente entre las dos entidades, aunque los pacientes con EII son más asociativos. Los médicos prefieren la EII y tienden a estigmatizar el SII.

Conclusión: En nuestra opinión, para disminuir este desequilibrio entre necesidades y recursos, humanos y materiales, en el SII es imprescindible realizar cambios drásticos tanto en los aspectos educativos, de habilidades de comunicación, de priorización de acuerdo con las demandas de los pacientes, y de recompensa (personal y social) de los médicos.

© 2022 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agustin.balboa@telefonica.net (A. Balboa).

KEYWORDS

Irritable bowel syndrome;
Inflammatory bowel disease;
Ulcerative colitis;
Crohn's disease;
Comparison;
Prevalence;
Costs;
Preferences;
Stigmatization

Relevance and needs of irritable bowel syndrome (IBS): Comparison with inflammatory bowel disease (IBD). (Please, if you are not interested in IBS, read it.)

Abstract

Introduction: In our opinion there is an imbalance between the relevance of irritable bowel syndrome (IBS), and the resources that are provided.

Objective: To review the different factors that determine (or should determine) the interest of gastroenterologists in IBS, comparing it with inflammatory bowel disease (IBD). For this, 7 different areas have been analyzed: (1) Medical impact; (2) Social impact; (3) Academic importance; (4) Clinical relevance; (5) Scientific relevance; (6) Public relevance, and (7) Personal aspects of the doctor.

Results: The prevalence is 10 times higher in IBS, which represents up to 25% of gastroenterologist visits. Both pathologies alter the quality of life, in many cases in a similar way. The social cost is very important in both cases (e.g.: absenteeism of 21% and 18%) as well as the economic cost, although much higher in medication for IBD. Academic dedication is more than double for IBD, both in university and in MIR training. Scientific relevance is greater in IBD, with a number of publications four times higher. Public relevance is not very different between the two entities, although IBD patients are more associative. Doctors prefer IBD and tend to stigmatize IBS.

Conclusion: In our opinion, to reduce this imbalance between needs and resources, human and material, in IBS it is essential to make drastic changes both in educational aspects, communication skills, prioritization according to the demands of patients, and reward (personal and social) of physicians.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Decir que la labor de los médicos es ayudar a los pacientes es una obviedad. Pero no todos los médicos son capaces de atender adecuadamente a todos los pacientes. Las enfermedades humanas son tantas, y tan complejas, que es imposible que una sola persona, por inteligente y esforzada que sea, abarque todo el conocimiento necesario. Por este motivo se desarrollaron las especialidades médicas. Entre ellas está la de aparato digestivo, que, por otra parte, abarca tanto la gastroenterología como la hepatología. De esta forma, la mayoría de los especialistas en esta materia se inclinan más por una o por otra de las categorías: «el tubo» o «el hígado». Y aún más, los que se dedican solo, o primordialmente, a la gastroenterología tienen sus preferencias, a veces con consultas monográficas, sobre algunas patologías determinadas: enfermedad inflamatoria intestinal (EII), páncreas, cáncer digestivo, enfermedad celíaca, trastornos funcionales digestivos (TFD), etc.

Lo que no está muy claro, al menos en nuestro entender, es quién, cómo y por qué se decide el interés por una u otra área de la gastroenterología¹. ¿Por el número de enfermos? ¿Por sus necesidades? ¿Por las posibilidades de investigar? ¿Por la «afición» personal de los médicos o el entorno en que se forman? Lo cierto es que hay áreas de la gastroenterología «muy atractivas» para los gastroenterólogos jóvenes, y otras que no lo son tanto (o que incluso les «disgustan»). La endoscopia es la preferida de la enorme mayoría de estos especialistas jóvenes. Es lógico, si se tiene en cuenta que reúne todas las características de nuestra sociedad moderna: tecnología, imagen e inmediatez. Por

el contrario, en la última fila de parrilla se encuentran los TFD, y en especial el síndrome del intestino irritable (SII). Son pocos los digestólogos que se deciden por esta área de superespecialización, quizá porque precisa empatía, tiempo y paciencia (bienes escasos actualmente).

A su vez, el interés y la inversión de la industria farmacéutica en unas u otras enfermedades también pueden influenciar el área de conocimiento de los médicos. Sin duda, a este respecto, hay «patologías ricas» y «patologías pobres». Entre las primeras está la EII, y entre las segundas, el SII².

El propósito de este trabajo ha sido revisar los diferentes factores que determinan (o deberían determinar) el interés de los médicos gastroenterólogos por el SII, comparándolo con la EII.

Métodos

Se ha realizado una valoración lo más objetiva posible, de acuerdo con los datos disponibles, de diversos aspectos del SII, comparándolos con los de la EII: colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC). Para ello se ha analizado de una manera sistemática cuál es su relevancia y cuáles sus necesidades. Se han evaluado siete áreas diferentes (fig. 1): 1. Impacto médico (prevalencia, casos visitados, morbilidad, mortalidad, calidad de vida); 2. Impacto social (absentismo, presentismo, costes); 3. Importancia académica (horas de formación universitaria, horas de formación para el examen de acceso para médicos internos residentes [MIR], número de preguntas en el examen MIR, tiempo de rotación durante la residencia); 4. Relevancia clínica



Figura 1 Factores que pueden determinar el interés médico en el síndrome del intestino irritable (SII) y en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

(médicos dedicados/servicio, unidades especializadas, consultas monográficas); 5. Relevancia científica (publicaciones en Pubmed; publicaciones en revistas específicas de gastroenterología); 6. Relevancia pública (entradas en Google; asociaciones de pacientes), y 7. Aspectos personales del médico (preferencias, estigmatización).

Impacto médico

Mediante revisión de la literatura científica médica (PubMed, MEDLINE) se analizaron, siempre que hubo datos disponibles, los siguientes aspectos del SII, la EII (en su conjunto: CU + EC), la CU y la EC: prevalencia, casos visitados por atención primaria y por gastroenterología, morbilidad, mortalidad, e impacto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVrS). Se obtuvo información general, indicando el lugar de procedencia de los datos y, siempre que fue posible, los correspondientes para España.

Impacto social

Se analizaron, siempre que hubo datos disponibles, los siguientes aspectos: absentismo laboral/escolar por la enfermedad, presentismo (acudir y estar presente en el puesto de trabajo/estudio, pero incumpliendo parte de la jornada laboral por la enfermedad) y costes directos e indirectos en cada caso.

Importancia académica

Se contabilizaron las horas de enseñanza teórica durante la formación del grado de Medicina tanto para SII como para EII (en su conjunto: CU + EC), en CU y en EC en 10 de las universidades españolas (Universidad del país Vasco-EHU, Universidad de la Laguna [Canarias], Universidad de

Zaragoza, Universidad de Barcelona, Universidad Autónoma de Madrid, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Navarra, Universidad de Santiago de Compostela, Universidad de Valencia, Universidad de Córdoba); los datos se obtuvieron a partir de los programas docentes a través de profesores titulares de Aparato Digestivo de las correspondientes facultades de Medicina. También se recopilaron las horas dedicadas a estos temas en la preparación para el MIR en 4 de los Centros con mayor prestigio (Asturias, CTO, AMIR y PROMIR). Además, se revisaron los exámenes MIR de los últimos 10 años seleccionando el número de preguntas relacionadas con cada tema. Por último, se contactó con la/el tutor de residentes de 10 Hospitales con MIR de Aparato Digestivo (Hospital de Donostia, Hospital de la Laguna [Canarias], Hospital Clínico Lozano Blesa de Zaragoza, Hospital Clínic de Barcelona, Hospital de la Princesa de Madrid, Hospital Clínico San Carlos de Madrid, Complejo Hospitalario de Navarra, Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela [CHUS], Hospital La Fe de Valencia, Hospital Reina Sofía de Córdoba), todos ellos universitarios, para conocer el tiempo dedicado durante su formación a los TFD (era imposible separar aquí al SII de la formación general en TFD) y a la EII.

Relevancia clínica

En 10 hospitales con más de 15 médicos seniors de Aparato Digestivo se determinó cuántos tenían una mayor dedicación a SII (junto con otros TFD) o a EII, y cuántos disponían de una unidad específica para TFD y/o para EII. Además, a través del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) y de la Asociación Española de Neurogastroenterología y Motilidad (ASENEM) se indagó sobre el número de centros en España con consultas monográficas y unidades especializadas para estas patologías.

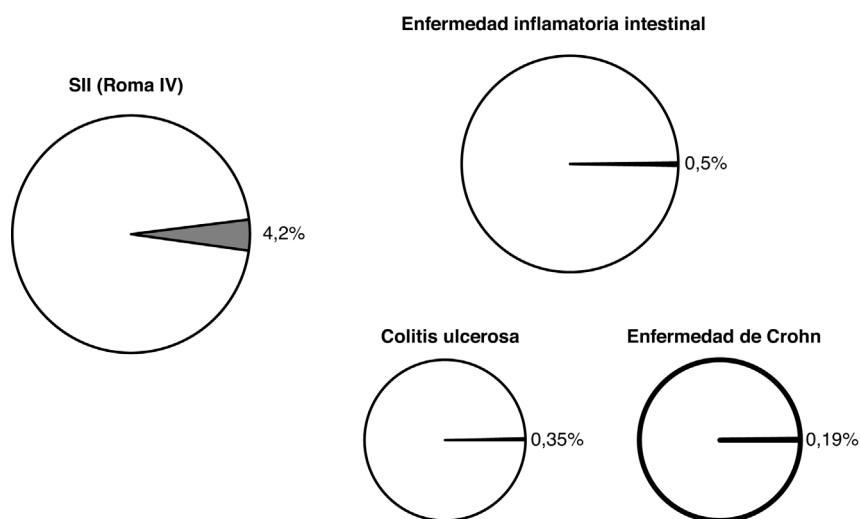


Figura 2 Datos de prevalencia en España del síndrome del intestino irritable (SII) y de la enfermedad inflamatoria intestinal.

Relevancia científica

Se revisó el número de publicaciones citadas en PubMed durante los últimos 10 años, de cualquier origen o de origen español, bajo los epígrafes de SII, EII, CU o EC. También se cuantificaron las publicadas en revistas relevantes de la especialidad.

Relevancia pública

Cuantificamos el número de entradas en Google bajo los epígrafes de SII (colon irritable), EII, CU o EC. Por otra parte, se buscaron en internet el número y la localización de asociaciones de pacientes para SII y para EII.

Aspectos personales del médico

A través de la revisión de la literatura científica médica (PubMed, MEDLINE) se analizaron los estudios relacionados con las preferencias de los médicos y las posibles estigmatizaciones sobre SII y EII.

Se entiende como estigmatización el hecho de que alguien se sienta diferente o inferior por el trato que se le da debido a una condición personal. Ocurre fundamentalmente en enfermedades mentales, pero también en otras tales como las infecciosas (ejemplos clásicos: lepra, sida), el cáncer, la obesidad, la epilepsia, etc.

El estigma se conceptualiza en tres dominios: percibido, internalizado y público³. El estigma percibido se refiere a cómo se siente el individuo frente a las actitudes negativas de los demás con relación a su condición; cuando la persona acepta los comportamientos negativos frente a su enfermedad y los incorpora en su identidad se habla de estigma internalizado; el estigma público indica los actos negativos o discriminatorios experimentados o patentes³.

Resultados

Impacto médico

La prevalencia del SII varía de acuerdo con cuáles sean los criterios diagnósticos utilizados, oscilando entre el 12,1% si se aplican los criterios de Roma I y el 3,3% si se aplican los de Roma II⁴. En un reciente estudio epidemiológico que recoge este dato en 26 países aplicando los criterios de Roma IV, la prevalencia global y la española del SII fue del 4,1 y del 4,2%, respectivamente⁵ (fig. 2).

Por su parte, la prevalencia de la EII es mucho menor, si bien se sigue confirmando su progresiva tendencia a aumentar. En una revisión sistemática de los estudios de base poblacional se confirmó que las cifras más elevadas de prevalencia se encuentran en Europa y en Estados Unidos, con valores para CU del 0,50% en Noruega y del 0,29% en Estados Unidos, y con valores para EC del 0,26% en Noruega y del 0,32% en Canadá⁶. En lo que se refiere a nuestro medio, en algunos estudios se ha superado ya la cifra de prevalencia global de EII del 0,5% (siendo de 0,35% en el caso de la CU y de 0,19% en la EC)⁷.

El SII supone un importante volumen en el número de consultas del gastroenterólogo, de forma que en un estudio realizado en España supuso el 50% de las visitas llevadas a cabo por más de la mitad de los gastroenterólogos⁸. Aunque no disponemos de datos en nuestro país en las consultas de atención primaria, en Estados Unidos el porcentaje es del 3%⁹.

No hemos encontrados datos respecto al número de visitas referente a EII, pero, dada su menor prevalencia, es de suponer que debe representar un volumen mucho menor en la consulta del gastroenterólogo, y prácticamente testimonial en las consultas de atención primaria.

Los pacientes con SII padecen una mayor morbilidad que la población general y, por ejemplo, tienen una mayor prevalencia de enfermedades como reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, dispepsia, depresión o asma; o de

intervenciones quirúrgicas como apendectomía, colecistectomía o histerectomía^{10,11}.

En el caso de los pacientes con EII, además de poder presentar un gran número de manifestaciones extraintestinales, también se ha demostrado una mayor prevalencia de enfermedades de base inmune, como psoriasis o espondilitis anquilosante, y de enfermedades no mediadas inmunológicamente, como ansiedad, depresión, colelitiasis o litiasis renal¹².

También se ha comprobado que los pacientes con SII tienen una peor CVrS, comparada con la población general, tal como se ha constatado en España usando cuestionarios como el SF-36¹³, o como el PROMIS-10 *Quality of Life Scores (Physical And Mental)*⁵. De forma similar, se ha descrito una peor calidad de vida en los pacientes con EII. Lógicamente, la CVrS es peor en las fases de actividad de la enfermedad que en las de quiescencia, y se constata su mejoría después de realizar tratamiento médico o quirúrgico¹⁴. Quizá el dato más importante es que cuando se comparan pacientes atendidos en un mismo centro de referencia, y bajo las mismas circunstancias, la CVrS está disminuida de igual modo en casos de EII y de SII¹⁵.

A diferencia del SII, la EII se ha asociado de forma consistente con un cierto incremento de la mortalidad global. Así, en un reciente estudio realizado en nuestro país, la tasa de mortalidad ajustada fue de 1,28 (IC 95%: 1,6-1,4) para la CU y de 1,85 (IC 95%: 1,62-2,12) para la EC⁷.

En pacientes con SII, si bien el trastorno no condiciona una disminución de la longevidad, esta puede verse afectada por indicaciones quirúrgicas mal indicadas¹¹ o por un aumento en la cifra de suicidios¹⁶.

Impacto social

El impacto social del SII y de la EII es muy importante (fig. 3). El coste del SII es alto, de forma que en España el 60% de los pacientes han consultado al médico alguna vez por sus problemas intestinales, y el 16% han consultado más de una vez al mes en el último año¹³. Las cifras de absentismo laboral son también significativas, de forma que el 21% de los pacientes con SII han estado de baja por su enfermedad y hasta el 8% lo han estado durante más de un mes en el último año¹³. También se ha podido demostrar que los pacientes con SII no pueden realizar sus actividades laborales normalmente, de forma que hasta el 60% refieren algún tipo de disminución de su capacidad; este presentismo laboral es severo en el 7,7% de los casos¹³.

Igualmente se ha descrito un impacto negativo de la EII en la capacidad laboral, con un absentismo del 18% y un presentismo del 50%¹⁷.

Además de los costes laborales, el SII comporta importantes costes sanitarios, de forma que en Estados Unidos el SII supone más de 2.400.000 visitas ambulatorias anuales y más de 440.000 días de estancia hospitalaria¹⁸. A pesar de ser enfermedades menos prevalentes, los pacientes con EC y CU también suponen unos costes sanitarios muy elevados. En un estudio realizado en Estados Unidos se comprobó que el número de visitas ambulatorias por año era de 2,2 millones, con 115.934 visitas a urgencias y 89.111 ingresos hospitalarios¹⁹.

En España tenemos datos parciales, referentes a SII con predominio de estreñimiento moderado-grave, en los que los costes sanitarios alcanzan los 1.635 euros anuales por paciente²⁰.

Importancia académica

Las horas (mediana y [rango]) de formación teórica universitaria en las 10 universidades españolas evaluadas fueron las siguientes: para SII 1 h [0-1], para EII en su conjunto 3 h [2-4], para CU 1 h [0,5-2] y para EC 1 h [0,5-2].

Con respecto a la importancia de ambos temas en el examen MIR, en los últimos 10 años ha habido 16 preguntas sobre EII y tan solo 2 preguntas sobre SII. Asimismo, las páginas dedicadas a estos temas en la preparación para el examen de MIR en cuatro de las academias de mayor prestigio (Asturias, CTO, AMIR y PROMIR) oscilan entre las 3 y 11 páginas para los TFD en su totalidad, con una mediana de 6,5 páginas; y entre las 6 y 26 páginas para la EII, con una mediana de 12,5 páginas. Más específicamente, se dedica una media de 1,5 páginas para el SII y una mediana de 4 páginas para la colitis ulcerosa (fig. 4).

Relevancia clínica

Nuevamente, al evaluar los 10 hospitales seleccionados para el estudio, comprobamos que la media de médicos seniors con una mayor dedicación a TFD (no hay especialistas solo de SII) es de 2 [0-2], y con mayor dedicación a EII, de 4 [2-4].

El número de centros con unidades especializadas en TFD (no existen unidades exclusivas de SII) fue de 5, y en EII, de 10 (la totalidad).

Relevancia científica

Mediante el buscador PubMed se encontró que en los últimos 10 años se han publicado 9.200 artículos bajo el término «irritable bowel syndrome» (IBS), 54.700 artículos con el término «inflammatory bowel disease» (IBD), 27.800 artículos con el término «Crohn's disease» (CD) y 22.800 con «ulcerative colitis» (UC).

Si repetimos la misma búsqueda en los últimos 10 años según las diferentes revistas dedicadas específicamente a gastroenterología obtenemos los siguientes datos. *Gastroenterology*, IBS: 200; IBD: 931; CD: 462; UC: 364. *Gut*, IBS: 119; IBD: 634; CD: 353; UC: 263. *Am J Gastroenterol*, IBS: 267; IBD: 710; CD: 369; UC: 290. *Dis Dis Sci*, IBS: 147; IBD: 923; CD: 559; UC: 491. *Scand J Gastroenterol*, IBS: 92; IBD: 579; CD: 374; UC: 337. *Gastroenterol Hepatol*, IBS: 22; IBD: 232; CD: 164; UC: 123. *Rev Esp Enferm Dig*, IBS: 32; IBD: 229; CD: 146; UC: 85 (tabla 1).

El total asciende a 879 para IBS, 4.238 para IBD, 2.427 para CD y 1.953 para UC.

Relevancia pública

A continuación se refiere el número de entradas en Google bajo los diferentes epígrafes correspondientes a SII, EII, CU o EC (tabla 1): IBS 27.200.000, irritable colon 14.700.000, SII 722.000, colon irritable 18.500.000, IBD 59.200.000, EII

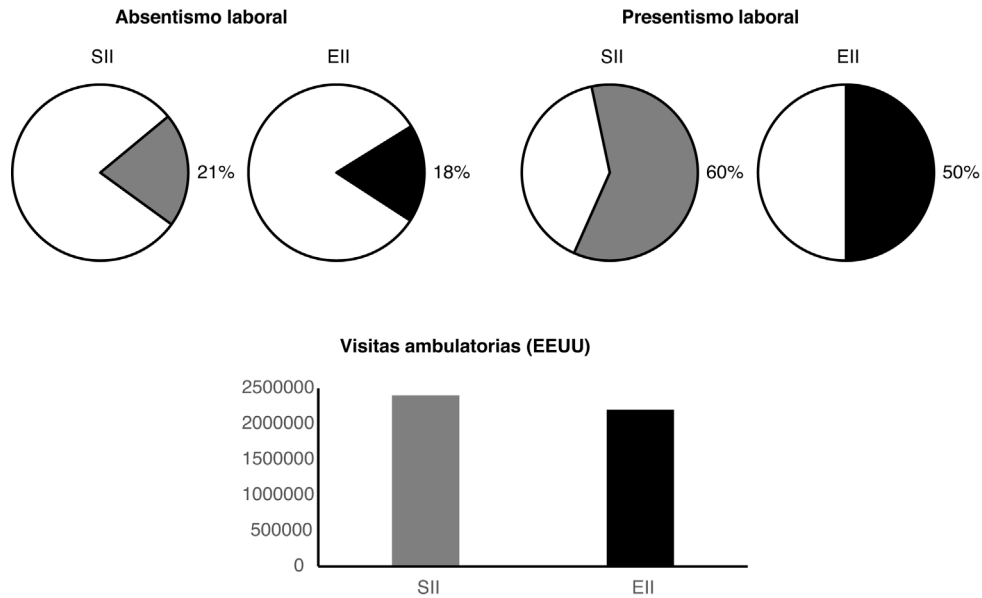


Figura 3 Comparación de datos del impacto social en el síndrome del intestino irritable (SII) y en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

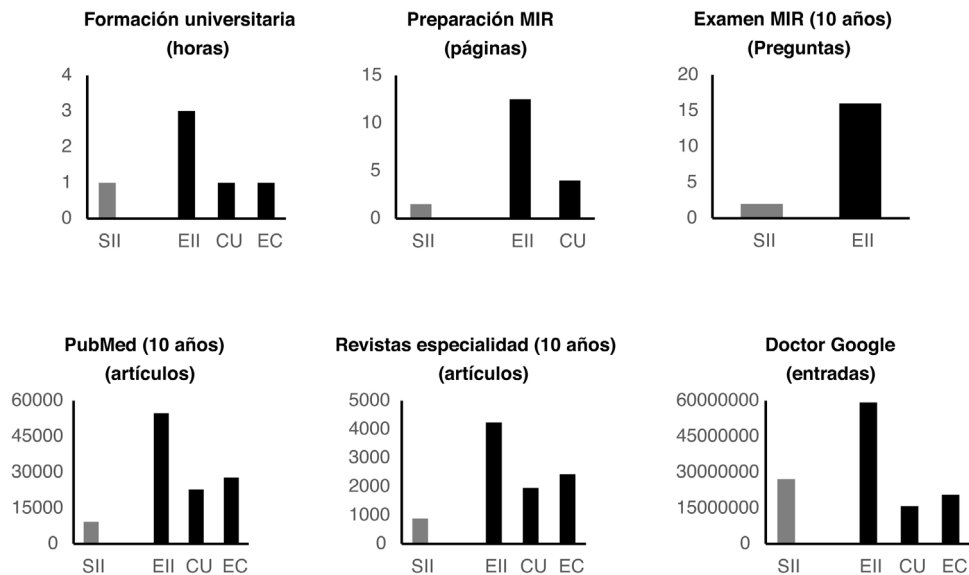


Figura 4 Datos de relevancia académica, científica y pública en SII y en EII. CU: colitis ulcerosa; EC: enfermedad de Crohn; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; SII: síndrome del intestino irritable.

1.480.000, UC 15.900.000, CU 3.640.000, CD 20.600.000 y EC 1.910.000.

Valorar el número y la localización de las asociaciones de pacientes con SII y con EII ha sido más que difícil. En muchas de las ocasiones son locales, y en otras no están claramente publicitadas. Lo que queda claro, de cualquier modo, es que los pacientes con EII se asocian de manera más frecuente y numerosa que aquellos con SII. De hecho, en Europa existe la *European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations* (EFCCA), en la que se engloban 34 asociaciones nacionales de pacientes²¹. Nada similar existe en nuestro continente para el SII. Es cierto que hay diversas asociamos

nacionales, como la *Association de Patients Souffrant du Syndrome de l'Intestin Irritable* (APSSII) en Francia, la *IBS Network* en el Reino Unido o la *Irritable Bowel Syndrome Association* (como parte del *Irritable Bowel Syndrome Self Help and Support Group*).

En lo que se refiere a nuestro país, la Asociación Española de Afectados de Síndrome de Intestino Irritable (AESII), y previamente la *Associació d'Afectats de Colon Irritable de Catalunya* (AACICAT), fundada en 2004 por Esther Martí²², ha ido teniendo periodos de mayor y menor actividad, pero sin conseguir una verdadera relevancia debido a su escaso número de afiliados.

Tabla 1 Número de artículos publicados durante los últimos 10 años en revistas de la especialidad

Revista	SII	EII	CU	EC
<i>Gastroenterology</i>	200	931	364	462
<i>Gut</i>	119	634	263	353
<i>Am J Gastroenterol</i>	267	710	290	369
<i>Dig Dis Sci</i>	147	923	491	559
<i>Scand J Gastroenterol</i>	92	579	337	374
<i>Gastroenterol Hepatol</i>	22	232	123	164
<i>Rev Esp Enferm Dig</i>	32	229	85	146

CU: colitis ulcerosa; EC: enfermedad de Crohn; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; SII: síndrome del intestino irritable.

Por el contrario, con respecto a la EII, la Asociación de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) española es una confederación que nació como asociación en 1987 y cuenta con más de 8.000 personas asociadas en 36 grupos, provinciales y/o autonomías. La ACCU mantiene una estrecha colaboración con el GETECCU.

Aspectos personales del médico

Hay estudios que demuestran que los residentes de gastroenterología prefieren dedicarse a pacientes con enfermedades orgánicas más que a las funcionales, y que consideran que la atención de estas últimas durante las guardias es menos importante^{23,24}. De hecho, los médicos tienden a infravalorar el número, la gravedad y el impacto de los síntomas del SII cuando se comparan con enfermedades con síntomas semejantes tales como la EII o la enfermedad celíaca^{23,25,26}. Muchos admiten sentirse frustrados al ser un «diagnóstico incierto» y porque «no se cura»; también aceptan su intolerancia ante lo que denominan «paciente típico con SII»²⁷. Aún peor, los síntomas son trivializados con mayor frecuencia en casos de mujeres que de hombres²⁸. Este trato distinto a los pacientes con SII se ve incrementado aún más en algunas minorías étnicas. De tal modo, en Estados Unidos existen claras diferencias en el manejo del síndrome al comparar pacientes negros, asiáticos o hispanos con blancos²⁹.

La opinión de los pacientes sobre este tipo de atención médica es la lógica: consideran que no se les atiende «seriamente», no se les cree, se les rebaja, se les trata como «neuróticos» y se les estigmatiza^{30,31}. Su sensación es que el médico no ha sido de mucha ayuda, y no les ha dado ni la información suficiente ni el tratamiento adecuado^{32,33}. El resultado es que aproximadamente la mitad (54%) opinan que el resultado de la visita fue «negativo», el 11% «positivo» y el 35% «neutro»³⁴.

Diversos estudios han valorado la estigmatización en pacientes con SII y con EII³⁵⁻³⁷. Se ha publicado que los jóvenes con EII prefieren no comunicar su enfermedad debido al estigma percibido y sentido³⁸.

Tanto los pacientes con SII como los de EII con estigma percibido tienen más síntomas, mayor ansiedad y depresión, y peor calidad de vida³⁷. Sin embargo, aquellos con SII tuvieron más estigmatización percibida, proveniente de sus médicos, que los que sufrían EII³⁷. Aún más, al comparar la estigmatización pública (referida por otras personas) en pacientes con SII, EII y asma crónica, fue significativamente

superior para el primer grupo. Algo similar ocurre cuando se compara la estigmatización en síndromes somáticos funcionales (incluido el SII) con enfermedades orgánicas (incluida la EII)³⁹. De hecho, los niveles de estigma en el SII son comparables con los del sida y la obesidad^{40,41}. Curioso también lo de la obesidad.

Discusión

Una vez analizados los diversos aspectos que condicionan la relevancia del SII y de la EII, no debe quedar ninguna duda de que ambas patologías son clínica y socialmente importantes. Su prevalencia es alta, el número de casos visitados es elevado y su impacto sobre la CVrS es considerable. Pero si realizamos el ejercicio de compararlas comprobamos que aunque la prevalencia y la visitación son claramente superiores para el SII, y la alteración en la CVrS semejante, la relevancia otorgada y los medios para su atención en gastroenterología son muy superiores en la EII. Así, las horas de formación universitaria para una y otra materia, la dedicación preparatoria para el MIR, el número de preguntas en el examen, o el tiempo de rotación durante la residencia es claramente inferior para el SII que para la EII. Esto se traduce en que los recursos dedicados a una y otra son también muy diferentes: menos médicos especializados en TFD, con un menor número de consultas monográficas y de unidades específicas.

Las discrepancias entre lo que pasa en el SII y lo que los médicos perciben crea una brecha preocupante en la relación médico-paciente. Diversos estudios han demostrado que una buena relación médico-paciente es uno de los mejores predictores de buen pronóstico⁴²⁻⁴⁶. En concreto, se ha confirmado que en pacientes con SII una relación médico-paciente empática favorece la mejoría sintomática y de la calidad de vida⁴⁴. El hecho de que los médicos tiendan a infravalorar el SII^{23,25,26}, o que los médicos jóvenes prefieran tratar a pacientes con enfermedades orgánicas que a los que presentan enfermedades funcionales^{22,24}, no ayuda a mejorar esta situación. Esto puede deberse tanto a que piensen que atender pacientes con SII no es parte de su responsabilidad (algo curioso), o a que no estén «cómodos» por falta de formación para el manejo de estos casos (algo penoso)^{44,45}. Aún en el siglo XXI hay médicos con una actitud tomasiana, que no creen en lo que no ven, o aún peor, que no aceptan lo que no entienden: neurotransmisores, microinflamación, hiperalgesia, microbiota, etc.

Estas diferencias en la relevancia otorgada al SII versus la EII están amplificadas por factores adicionales: varios estudios indican que más del 50% de los médicos de atención primaria ven el SII como un diagnóstico de exclusión, y muchos limitan el tratamiento a fibra y espasmolíticos^{47,48}. Tan solo el 50% de los pacientes con SII reciben un diagnóstico definitivo después de haber sido vistos por un médico⁴⁹.

Los que sí están interesados y preocupados por lo que les ocurre son los pacientes con SII, y esto se comprueba —aunque solo sea de una manera indirecta— por la enorme cantidad de entradas en el buscador de mayor uso, Google.

En relación con las asociaciones de pacientes, claramente son más exitosas para la EII, especialmente en España. Si el éxito se debe al tipo de enfermedad (orgánicas vs. funcional), al tipo de paciente (más o menos gregarios), a los

médicos que las apoyan, o a las compañías farmacéuticas que les ayudan, es algo que debe ser motivo de reflexión.

En este artículo se han revisado algunos de los aspectos personales del médico, preferencias y estigmatización, para el SII y la EII. Los resultados indican que, si bien existe una estigmatización percibida para ambas patologías, la estigmatización pública (en este caso médica) es muy superior para el SII.

El caso es que muchos pacientes con TFD se sienten frustrados debido a una pobre interrelación con sus médicos, a los que consideran poco empáticos y amables^{27,33,34}. El desconocimiento de su fisiopatología, la ausencia de un marcador biológico diagnóstico específico, la falta de tratamiento curativo o la asociación a trastornos psicológicos «deslegítiman» y contribuyen al círculo vicioso del SII: múltiples e innecesarias pruebas, diagnóstico vago, visitas repetitivas y malos resultados⁵⁰. Además, el hecho de que se hayan involucrado determinados aspectos emocionales en la fisiopatología del SII ha hecho que muchos médicos, cierta parte de población, e incluso algunos pacientes, lo consideren como un trastorno puramente psicológico, con las consiguientes connotaciones negativas⁵¹: «Es de los nervios; se quejan en exceso». Por otra parte, el uso de antidepresivos para tratar el SII aumenta la «mala reputación» del síndrome⁵². Y aquí hay que recordar que aproximadamente el 30% de los pacientes con CU o EC sufren depresión o ansiedad⁵³, y que si la utilización de antidepresivos se confunde con padecer un trastorno mental, deberíamos mencionar que el 28% de los pacientes con EII están en algún momento de su enfermedad bajo esta terapia^{54,55}. Aun más, los pacientes con depresión tienen un mayor riesgo de padecer una EII⁵⁶, y hay varios estudios que comprueban que el curso evolutivo de los pacientes con EII mejora al tomar antidepresivos⁵⁷. En conclusión, la influencia de nuestro cerebro sobre el intestino no es exclusiva del SII. El sistema nervioso central puede condicionar factores tales como la permeabilidad intestinal, la respuesta inmune, la microbiota o la inflamación, y ser primordial en la génesis y la evolución de la EII⁵⁸.

Por último, algunos profesionales, especialmente los propios especialistas en aparato digestivo, pueden pensar que el SII es un trastorno más propio de atención primaria que de gastroenterología, pero esta es, nuevamente, una señal de estigmatización. La complejidad de su fisiopatología y la enorme diversidad de su tratamiento hacen necesario que la atención de estos pacientes, o al menos de un considerable número de ellos, esté en manos de especialistas con conocimientos profundos de esta patología.

Sin duda, hay diversos aspectos que justifican la relevancia clínica y la necesidad de disponer de consultas específicas (unidades) de EII. Entre otros están la existencia de una vertiente quirúrgica de esta patología, precisando consultas mixtas (médico-quirúrgicas), comités interdisciplinares e ingresos hospitalarios (estándar y de «hospital de día»)⁵⁹. Además, las resecciones intestinales, la ileostomía y colectomía con reservorio condicionan alteraciones específicas en la calidad de vida que son derivadas del tipo de enfermedad⁶⁰. Por otra parte, en la EII el tratamiento médico específico conlleva un control muy especializado, no solo porque requieran de personal y medios específicos (tratamiento intravenoso con monitorización de niveles) sino

que, como consecuencia de la inmunosupresión farmacológica, los pacientes tienen un riesgo mayor a enfermedades infecciosas, aumentando los recursos clínicos. En lo referente a los tratamientos endoscópicos, estos no se realizan en SII, mientras que en la EC está indicada para la dilatación de segmentos estenóticos⁶¹. Por último, en la EII está establecido un protocolo de cribado de cáncer colorrectal (CCR) porque el riesgo, fundamentalmente en pacientes con pancolitis, es mayor que en la población general, dato que no se ha observado en el SII; lo mismo ocurre en los pacientes con EII y colangitis esclerosante⁶².

Sin embargo, también pueden aducirse argumentos a favor de la necesidad de un control especializado, multidisciplinar y complejo en casos de SII. Entre otros podemos destacar su asociación a otras patologías difíciles, como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, la hipersensibilidad química múltiple o la cistitis intersticial⁶³. Además, la compleja interacción intestino-cerebral origen del SII precisa conocimientos profundos sobre anomalías de la motilidad, hipersensibilidad visceral, función mucosa/inmune intestinal, microbiota y alteraciones en el procesamiento del sistema nervioso central⁶⁴. Por último, la necesidad de saber utilizar de manera experta los fármacos con acción sobre el sistema nervioso central⁶⁵, sin olvidar la complejidad del manejo dietético de estos enfermos⁶⁶, hace imprescindible la necesidad de unidades especializadas con la colaboración de gastroenterólogos, psicólogos y nutricionistas.

En cualquier caso, no se trata de «desvestir a un santo para vestir a otro». Claramente la EII merece la atención y los recursos que se le prestan. La comparación establecida entre SII y EII es tan solo para poner en evidencia los muchos déficits que padece la primera. Las acciones de progreso y desarrollo en el conocimiento y el manejo de la EII deberían servir de ejemplo y de estímulo para el SII⁶⁷.

En resumen, tras comparar diversos factores que condicionan la relevancia y necesidades del SII y la EII, se puede concluir que:

1. La prevalencia del SII es unas 10 veces superior a la de la EII, siento también mucho mayor el número de visitas médicas.
2. La morbilidad acompañante es muy importante en ambas entidades, siendo la mortalidad (aunque escasa) superior en la EII.
3. La calidad de vida se altera mucho tanto en el SII como en la EII, y su impacto está determinado por la severidad de los síntomas y no por el tipo de enfermedad.
4. El impacto sociosanitario es parecido en una y otra.
5. El número de horas lectivas y de recursos personales dedicados a la EII es de aproximadamente el doble que para el SII (o TFD en su totalidad).
6. La relevancia pública es altísima para ambas, incluso mayor para el SII, pero la capacidad asociativa es superior en la EII.
7. La estigmatización médica es muy clara para el SII, sin que sea aparente para la EII.

En nuestra opinión, para disminuir este desequilibrio entre necesidades y recursos, humanos y materiales, en los TFD, es imprescindible realizar cambios drásticos tanto en los aspectos educativos, de habilidades de comunicación, de

priorización de acuerdo a las demandas de los pacientes, y de recompensa (personal y social) de los médicos.

Consideraciones éticas

No se ha utilizado ningún fármaco ni actuación médica para redactar el texto, por lo que no se ha requerido valoración por ningún comité de ética.

Financiación

No se ha recibido ninguna financiación para realizar el trabajo presentado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

- Goddard AF. Gastroenterology manpower: What are the future job prospects for gastroenterology trainees? *Frontline Gastroenterol.* 2013;4:166–70.
- Tornblom H, Simren M, Barbara G, Niesler B. Funding for gastrointestinal disease research in the European Union. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3:593–5.
- Earnshaw V, Quinn D. The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *J Health Psychol.* 2012;17:157–68.
- Mearin F, Badía X, Balboa A, Baró 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.
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology.* 2021;160:99–114.
- Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet.* 2017;390:2769–78.
- Brunet E, Roig-Ramos C, Vela E, Clèries M, Melcarne L, Villòria A, et al. Prevalence, incidence and mortality of inflammatory bowel disease in Catalonia. A population-based analysis. *Ann Med.* 2018;50:613–9.
- Almansa C, Díaz-Rubio M, Rey E. The burden and management of patients with IBS: Results from a survey in Spanish gastroenterologists. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:570–5.
- Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: Prevalence, characteristics, and referral. *Gut.* 2000;46:78–82.
- Hungin APS, 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.
- Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: A multivariable analysis. *Gastroenterology.* 2004;126:1665–73.
- Argollo M, Gilardi D, Peyrin-Biroulet C, Chabot JF, Peyrin-Biroulet L, Danese S. Comorbidities in inflammatory bowel disease: A call for action. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4:643–54.
- Badia X, Mearin F, Balboa A, Baró E, Caldwell E, Cucala M, et al. Burden of illness in irritable bowel syndrome comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmacoeconomics.* 2002;20:749–58.
- Burisch J, Weimers P, Pedersen N, Cukovic-Cavka S, Vucelic B, Kaimakliotis I, et al. Health-related quality of life improves during one year of medical and surgical treatment in a European population-based inception cohort of patients with inflammatory bowel disease — an ECCO-EpiCom study. *J Crohns Colitis.* 2014;8:1030–42.
- Pace F, Molteni P, Bollani S, Sarzi-Puttini P, Stockbrügger R, Bianchi-Porro G, et al. Inflammatory bowel disease versus irritable bowel syndrome: A hospital-based, case-control study of disease impact on quality of life. *Scand J Gastroenterol.* 2003;38:1031–8.
- Spiegel B, Schoenfeld P, Naliboff B. Systematic review: The prevalence of suicidal behaviour in patients with chronic abdominal pain and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26:183–93.
- Van Gennep S, Evers SW, Rietdijk ST, Gielen ME, de Boer NKH, Gece KB, et al. High disease burden drives indirect costs in employed inflammatory bowel disease patients: The WORK-IBD study. *Inflamm Bowel Dis.* 2021;27:352–63.
- Peery AF, Crockett SD, Barritt AS, Dellon ES, Eluri S, Gangarosa LM, et al. Burden of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States. *Gastroenterology.* 2015;149:1731–41.
- Ma C, Smith MK, Guizzetti L, Panaccione R, Kaplan GG, Novak KL, et al. Assessing national trends and disparities in ambulatory emergency department, and inpatient visits for inflammatory bowel disease in the United States (2005–2016). *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18:2500–9.
- Mearin F, Caballero AM, Serra J, Brotons C, Tantiñà A, Fort E, et al. A retrospective and prospective 12-month observational study of the socioeconomic burden of moderate to severe irritable bowel syndrome with constipation in Spain. *Gastroenterol Hepatol.* 2019;42:141–9.
- Myren J. European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA). *Scand J Gastroenterol.* 1991;26:1121–2.
- Martí E. Colon irritable: una historia real. Barcelona: Editorial Mandala; 2006.
- Dalton CB, Drossman DA, Hathaway JM, Bangdiwala SI. Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastrointestinal diagnoses. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2:121–6.
- Halpert AD, Thomas AC, Hu Y, Morris CB, Bangdiwala SI, Drossman DA. A survey on patient educational needs in irritable bowel syndrome and attitudes toward participation in clinical research. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:37–43.
- Collins J, Farrall E, Turnbull DA, Hetzel DJ, Holtmann G, Andrews JM. Do we know what patients want? The doctor-patient communication gap in functional gastrointestinal disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7:1252–4–4.e1–2.
- Kurlander JE, Chey WD, Morris CB, Hu YJB, Padival RK, Bangdiwala SI, et al. Development and validation of the Patient-Physician Relationship Scale among patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2017;29:1–8.
- Dixon-Woods M, Critchley S. Medical and lay views of irritable bowel syndrome. *Fam Pract.* 2000;17:108–13.
- Björkman I, Dellenborg L, Ringström G, Simrén M, Jakobs-son Ung E. The gendered impact of irritable bowel syndrome: A qualitative study of patients' experiences. *J Adv Nurs.* 2014;70:1334–43.
- Sasegbon A, Vasant DH. Understanding racial disparities in the care of patients with irritable bowel syndrome: The need for a unified approach. *Neurogastroenterol Motil.* 2021;33:e14152.
- Björkman I, Simrén M, Ringström G, Jakobsson Ung E. Patients' experiences of healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: An analysis based on narrative and feminist theory. *J Clin Nurs.* 2016;25:2967–78.

31. Håkanson C, Sahlberg-Blom E, Ternstedt BM. Being in the patient position: Experiences of health care among people with irritable bowel syndrome. *Qual Health Res.* 2010;20:1116–27.
32. Håkanson C. Everyday life, healthcare, and self-care management among people with irritable bowel syndrome: An integrative review of qualitative research. *Gastroenterol Nurs.* 2014;37:217–25.
33. Halpert A, Dalton CB, Palsson O, Morris C, Hu Y, Bangdiwala S, et al. Irritable bowel syndrome patients' ideal expectations and recent experiences with healthcare providers: A national survey. *Dig Dis Sci.* 2010;55:375–83.
34. Halpert A, Godena E. Irritable bowel syndrome patients' perspectives on their relationships with healthcare providers. *Scand J Gastroenterol.* 2011;46:823–30.
35. Taft TH, Riehl ME, Dowjotas KL, Keefer L. Moving beyond perceptions: Internalized stigma in the irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil.* 2014;26:1026–35.
36. Taft T, Keefer L, Leonhard C, Nealon-Woods M. Impact of perceived stigma on inflammatory bowel disease patient outcomes. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15:1224–32.
37. Taft T, Keefer L, Artz C, Bratten J, Jones M. Perceptions of illness stigma in patients with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Qual Life Res.* 2011;20:1391–9.
38. Saunders B. Stigma, deviance and morality in young adults' accounts of inflammatory bowel disease. *Social Health Illn.* 2014;36:1020–36.
39. Looper KJ, Kirmayer LJ. Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions. *J Psychosom Res.* 2004;57:373–8.
40. Crawford AM. Stigma associated with AIDS: A meta-analysis. *J Appl Soc Psychol.* 1996;26:398–416.
41. Rudolph CW, Wells CL, Weller MD, Baltus BB. A meta-analysis of empirical studies of weight-based bias in the workplace. *J Vocat Behav.* 2009;74:1–10.
42. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: Long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med.* 1995;122:107–12.
43. Jayaraman T, Wong RK, Drossman DA, Lee YY. Communication breakdown between physicians and IBS sufferers: What is the conundrum and how to overcome it? *J R Coll Physicians Edinb.* 2017;47:138–41.
44. Drossman DA. Challenges in the physician-patient relationship: Feeling «drained». *Gastroenterology.* 2001;121:1037–8.
45. Drossman DA, Ruddy J. Improving patient-provider relationships to improve health care. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020;18:1417–26.
46. Drossman DA. Functional GI disorders: What's in a name? *Gastroenterology.* 2005;128:1771–2.
47. Shivaji UN, Ford AC. Beliefs about management of irritable bowel syndrome in primary care: Cross-sectional survey in one locality. *Prim Health Care Res Dev.* 2015;16:263–9.
48. Harkness EF, Harrington V, Hinder S, O'Brien SJ, Thompson DG, Beech P, et al. GP perspectives of irritable bowel syndrome — An accepted illness, but management deviates from guidelines: A qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2013;14:92.
49. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Jonsson JS, Bjornsson E, Thjodleifsson B. Irritable bowel syndrome: Physicians' awareness and patients' experience. *World J Gastroenterol.* 2012;18:3715–20.
50. Halpert A. Irritable bowel syndrome: Patient-provider interaction and patient education. *J Clin Med.* 2018;7:1–10.
51. Hearn M, Whorwell PJ, Vasant DH. Stigma and irritable bowel syndrome: A taboo subject? *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020;5:607–15.
52. Oh SJ, Takakura W, Rezaie A. Shortcomings of trials assessing antidepressants in the management of irritable bowel syndrome: A critical review. *J Clin Med.* 2020;9:2933.
53. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review. *J Psychosom Res.* 2016;87:70–80.
54. Kristensen MS, Kjærulff TM, Ersbøll AK, Green A, Hallas J, Thygesen LC. The influence of antidepressants on the disease course among patients with Crohn's disease and ulcerative colitis — A Danish Nationwide Register-based cohort study. *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25:886–93.
55. Buckley JP, Kappelman MD, Allen JK, van Meter SA, Cook SF. The burden of comedication among patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2013;19:2725–36.
56. Frolkis AD, Vallerand IA, Shaheen A-A, Lowerison MW, Swain MG. Depression increases the risk of inflammatory bowel disease, which may be mitigated by the use of antidepressants in the treatment of depression. *Gut.* 2019;68:1606–12.
57. Macer BJD, Prady SL, Mikocka-Walus A. Antidepressants in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Inflamm Bowel Dis.* 2017;23:534–50.
58. Gracie DJ, Hamlin PJ, Ford AC. The influence of the brain-gut axis in inflammatory bowel disease and possible implications for treatment. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4:632–42.
59. Maggiori L, Panis Y. Surgical management of IBD — from an open to a laparoscopic approach. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2013;10:297–306.
60. Portela F, Ministro P, de Deus J, Cravo M, Cotter J, Duque G, et al. Health-related quality of life in patients with moderate to severe ulcerative colitis: Surgical intervention versus immunomodulatory therapy. *Digestion.* 2020;101:631–7.
61. Spiceland CM, Lodhia N. Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment. *World J Gastroenterol.* 2018;24:4014–20.
62. Clarke WT, Feuerstein JD. Colorectal cancer surveillance in inflammatory bowel disease: Practice guidelines and recent developments. *World J Gastroenterol.* 2019;25:4148–57.
63. Mathieu N. Somatic comorbidities in irritable bowel syndrome: Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and interstitial cystitis. *Gastroenterol Clin Biol.* 2009;133 Suppl:S17–25.
64. Taft TH. Improving access to gut-brain therapies for IBS. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2019;4:816–8.
65. Ford AC, Lacy BE, Harris LA, Quigley EMM, Moayyedi P. Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: An updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2019;114:21–39.
66. Mearin F, Peña E, Balboa A. Importancia de la dieta en el síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol.* 2014;37:302–10.
67. Melchior C, Nuzzo A, Keszthelyi D. How to raise the interest for neurogastroenterology among young gastroenterologists? *United European Gastroenterol J.* 2021;9:1193–6, <http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.12174>.