

Prevalencia de los criterios de manning en una población de nivel socioeconómico alto de Lima

Guisela Campos Hurtado¹; Juan Villarreal Menchola²; Carlos Cornejo Zapata³; Raúl León Barúa⁴.

RESUMEN

Toda la literatura coincide en que el SII es uno de los trastornos más frecuentes en la práctica médica, y el más común en la práctica gastroenterológica, subdiagnosticado en muchos casos, mal diagnosticado en otros. En nuestro medio no hay estudios publicados que describan la prevalencia de síntomas del SII. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de los Criterios de Manning, en una población aparentemente sana, de nivel socioeconómico alto, de Lima. Realizamos un estudio transversal de prevalencia en 300 personas de los 5 distritos de mayor nivel socioeconómico de Lima. Encontramos 78 personas con síntomas digestivos bajos (26%). El síntoma-criterio más frecuente en esta población fue la presencia de moco en las deposiciones, mientras que el menos frecuente, el aumento en la frecuencia de deposiciones. No encontramos diferencia en la frecuencia de los síntomas asociados a depresión en cuanto al sexo, la edad, ni los distritos. Nuestra frecuencia de síntomas no coincide con lo tradicionalmente descrito en este síndrome.

PALABRAS CLAVES: Síndrome intestino irritable - Criterios de Manning

¹Médico Cirujano. ²Médico Internista, Hospital Arzobispo Loayza. ³Médico Cirujano. ⁴Profesor Principal de Medicina, Universidad Cayetano Heredia.

SUMMARY

All studies confirm IBS is one of the most common problems in medical practice, and the most common in gastroenterologic practice, subdiagnosed in many cases, misdiagnosed in others. In our country there are no studies published to describe the prevalence of symptoms of IBS. Our objective was to evaluate the prevalence of Manning's Criteria, in an apparently healthy population, of high socioeconomical level, from Lima. We carried-out a Cross-Sectional study of prevalence in 300 subjects from 5 districts of higher socioeconomical level of Lima. We found 78 persons with lower bowel symptoms (26%). The most frequent symptom-criteria in this population was mucus in stools, meanwhile the least frequent was the increase in frequency. We do not find differences between frequency of symptoms with depression associated, sex, age, nor districts. Our frequency of symptoms is not in accord with traditionally described in this syndrome.

KEY WORDS: Irritable Bowel -Manning's criteria

INTRODUCCION

Toda la literatura coincide en que el Síndrome del Intestino Irritable (SII) es uno de los trastornos más frecuentes en la práctica médica, y el más común en la práctica gastroenterológica, subdiagnosticado en muchos casos, mal diagnosticado en otros. (1,2) Por ser una condición que se caracteriza por no tener alteraciones estructurales específicas, constituye un diagnóstico de exclusión. (3)

En los Estados Unidos, el SII afecta a un 20% de la población. (1,4) En nuestro medio no hay estudios publicados que describan la prevalencia de síntomas del SII, aunque hay innumerables estudios sobre síntomas digestivos y motivos de consulta gastroenterológica. Figueroa encontró que uno de cada cuatro pacientes consulta por molestias gastrointestinales. No describió qué tipo de manifestaciones presentó dicha población. (5) Barrós encontró una alta prevalencia de molestias digestivas en población adulta aparentemente sana, siendo más frecuente en mujeres y en nivel socioeconómico bajo. (6)

Manning y col., (7) fueron los primeros en describir seis síntomas que orientan al diagnóstico de SII, siendo éstos los criterios más utilizados en investigación clínica hasta la actualidad. (8,9) El objetivo del presente trabajo fue, como parte de un trabajo mayor, (10) evaluar la prevalencia de los Criterios de Manning, en una población aparentemente sana, de nivel socioeconómico alto, de Lima.

MATERIAL Y METODOS

Diseño: Estudio transversal de prevalencia.

Población: La población objetivo fue la de los 5 distritos de mayor nivel socioeconómico, según el Censo de 1993 del INEI. (11)

Criterios de Inclusión

- ┆ Individuos de 18 años o más, de ambos sexos.
- ┆ Individuos aparentemente sanos.
- ┆ Que accedan voluntariamente a resolver el cuestionario de autoevaluación.

Criterios de Exclusión

- ┆ Enfermedad concomitante.
- ┆ Haber recibido tratamiento antidepresivo en el último año.
- ┆ Haber tenido consulta médica por problemas gastroenterológicos en el último año.

MUESTRA

La recolección de datos la realizaron 3 estudiantes de medicina, entre enero de 1998 y diciembre de 1999; en los distritos de San Isidro, Miraflores, San Borja, Surco y La Molina. Las unidades de muestreo fueron las manzanas y los lotes en forma aleatoria. Si el lote correspondía a edificio residencial se seleccionaron los departamentos en forma aleatoria. Se entrevistó a la persona residente del inmueble, que respondió a la visita y cumplía los criterios. Se abordó 612 personas, para llegar al tamaño muestral de 300 (312 rehusaron responder la encuesta), calculado según el programa EPIINFO 6, para un nivel de confianza de 95%.

Fuente de Información: Encuesta.

Test de Manning: 1.- Dolor abdominal que se alivia con la defecación, 2.- Disminución en la consistencia de las heces, que se acompaña de la aparición del dolor, 3.- Aumento en la frecuencia de las defecaciones, relacionado con la aparición de dolor, 4.- Distensión del abdomen, 5.- Presencia de moco en las heces, 6.- Sensación de evacuación incompleta. Consideramos puntaje compatible con SII, si los encuestados presentaban 3 o más síntomas en los últimos 3 meses, o más.

MÉTODO

Definiciones Operacionales

Caso: todo paciente con puntaje de 3 o más según los criterios de Manning. Estos debían estar presentes durante los últimos tres meses o más.

Control: Los entrevistados que no cumplían con los criterios mencionados.

Análisis de Resultados

Para estimar la prevalencia de de síntomas digestivos bajos, calculamos el número de personas que alcanzó el puntaje según los criterios de Manning, sobre los 300 encuestados.

También se estimó la prevalencia de síntomas depresivos, calculando el número de personas que alcanzó un puntaje de 11 en el Inventario de Beck para la Depresión.

RESULTADOS

Se estudio un total de 300 personas con edades entre 18 y 79 años. El promedio de edad fue 36 años, 168 personas (56%), fueron mujeres. Encontramos 78 personas con síntomas digestivos bajos (26% del total). La frecuencia de los síntomas gastrointestinales bajos, agrupados como Criterios de Manning, se muestran en la tabla y en el gráfico 1. Ahí podemos ver que el síntoma-criterio más frecuente en esta población fue la presencia de moco en las deposiciones, mientras que el menos frecuente, el aumento en la frecuencia.

Cuando evaluamos si había alguna diferencia en la frecuencia de los síntomas en los casos con depresión asociada, encontramos que la distribución es similar, salvo por el dolor, que es un poco más frecuente en esta subpoblación (gráfico 2).

No encontramos diferencias significativas en cuanto al sexo, la edad, ni los distritos.

Tabla.- Frecuencia de los criterios de Manning.

Criterio	Frecuencia	Porcentaje
Presencia de moco	60	77
Disminución de la consistencia	59	76
Distension abdominal	57	73
Dolor abdominal	52	67
Evacuacion incompleta	43	55
Aumento de frecuencia	36	46

Gráfico 1.- Frecuencia de los criterios en Manning.

Gráfico 2.- Frecuencia de los criterios de Manning en población con y sin depresión.

DISCUSIÓN

El SII se caracteriza por presentar síntomas crónicos recurrentes que no pueden ser explicados por anomalías estructurales o bioquímicas: dolor abdominal, disturbios defecatorios (urgencia, estreñimiento, sensación de evacuación incompleta, alteración de la frecuencia y consistencia de las heces) y sensación de distensión abdominal. (3,7,12)

Se desconocen aún muchos aspectos fisiopatológicos del SII, el diagnóstico, por ser de exclusión, carece de precisión y no existe un tratamiento específico. (13) Es, aparentemente, un cuadro multifactorial, existiendo una alteración en la motilidad y en la sensibilidad visceral, sumado a factores psicosociales.

El SII se caracteriza por una larga historia de alteraciones funcionales intestinales intermitentes, con presencia de moco en las deposiciones, que se exacerba con el stress, y que está asociado con depresión y ansiedad.

En un estudio previo en nuestro medio, Figueroa encontró que uno de cada cuatro pacientes consulta por molestias gastrointestinales. No describió qué tipo de manifestaciones presentó dicha población. (5) Barrós encontró casi 90% de prevalencia de molestias digestivas, altas y bajas, en población adulta aparentemente sana, siendo más frecuente en mujeres y en nivel socioeconómico bajo. El encontró 41% de llenura precoz, 16% de dolor abdominal, 10% de diarrea y 28% de estreñimiento. (6)

El dolor ha sido un síntoma cardinal en el diagnóstico del SII, en 1992 los criterios de Roma I recomendaban que para el diagnóstico de SII era indispensable la presencia de dolor abdominal asociado a dos o más criterios, en investigaciones epidemiológicas sobre la frecuencia de diversos síntomas gastrointestinales, uno de los más reportados también fue el dolor abdominal; (14) sin embargo, luego esto se modifica en 1998 con los criterios de Roma II. (15) En nuestro estudio encontramos que el dolor ocupa la cuarta ubicación por frecuencia, siendo más importante la presencia de moco en las deposiciones. Esta baja frecuencia de dolor puede ser, quizás, la explicación de por qué nuestra población, a pesar de cumplir con los criterios de SII, no había acudido a consulta médica. Como menciona Barrós, (6) el dolor abdominal es común a muchos trastornos digestivos, como menciona Thompson (15) el hecho de que el dolor calme con la defecación, no es exclusivo del SII.

Hislop estudió la presentación de síntomas en el SII y encontró que 64 de 67 pacientes referían dolor abdominal, de los cuales 34 presentaban alivio de dolor con la defecación, 24 de esos pacientes presentó diarrea. (16) Se ha descrito la presencia de SII con predominio de estreñimiento y SII con predominio de diarrea caracterizada por dolor que se alivia luego de la defecación. Manning encontró que 80% de los pacientes con SII presentaban este tipo de dolor, y que este criterio solo se presentaba en 30% de los pacientes con alguna otra enfermedad orgánica. (7). Luego ha habido estudios diversos y contradictorios.

Nuestros hallazgos se parecen más a los de Thompson,

quien evaluó 50 pacientes norteamericanos con SII, y encontró distensión abdominal, meteorismo y estreñimiento como síntomas más frecuentes, (12) y a los de Whitehead (17) quien analizó 14 síntomas presentes en el SII en 1041 pacientes; encontrando que 80% presentaba cambios en la frecuencia y/o consistencia de las heces 78% presentaba el primer criterio de Manning y 50% presentaba solo dolor abdominal.

En una población rural de Bangladesh se estudiaron 2,426 personas usando los criterios de Roma y se encontró 24% de prevalencia de SII, igual en ambos sexos, no influyó la edad; los síntomas más comunes fueron dolor abdominal, alteración de consistencia de las heces y presencia de moco. (18) Ruigomez (19) encontró que el SII es más frecuente en jóvenes y mujeres; Parker encontró que la disminución de lactosa en la dieta no mejora los síntomas. (20)

Los síntomas que se presentan en el SII tienen base fisiológica pero no existe un mecanismo fisiológico que explique la presentación del síndrome como tal. Se sabe que existe una alteración en la motilidad intestinal de pacientes con SII (21), pero esto parece no guardar mucha relación con los hallazgos respecto de la hipersensibilidad visceral. (22) Ambos hallazgos, aunque de manera independiente y poco satisfactoria explican la presentación del cuadro clínico. Dolor y alteraciones emocionales incrementan la motilidad en el Síndrome de Intestino Irritable. (23,24) Algunos pacientes perciben las contracciones colónicas; esto sería una hipersensibilidad a la distensión colónica, causado por pequeños volúmenes de aire que aumentan la presión intraluminal, en pacientes con incremento del tono muscular. El stress incrementaría también el tono muscular. (25,26) La alteración de la microflora intestinal administrando un probiótico disminuye el dolor y la flatulencia en pacientes con SII, lo cual pone cada vez más en duda el concepto de SII como trastorno funcional. (27) Otros síntomas, no investigados en este estudio, como dispepsia, se asocian a infección por *H. Pylori*. (28)

Kolkoski (29) revisó publicaciones desde 1966 al 2000, observando que no se ha establecido un modelo de recomendaciones de cuidados de la salud para estos pacientes. Queda mucho por investigar y ojalá no esté lejano el momento de encontrar un método diagnóstico más efectivo, o un marcador biológico, (30) que mejore el diagnóstico y la calidad de vida del enorme grupo de personas que vive en esta gran Torre de Babel que parece ser, aún, el SII.

BIBLIOGRAFÍA

- MITCHELL CM, DROSSMAN DA. Survey of the AGA membership relating to patient with funcional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 1987;92:1282-1284.
- LEÓN BARÚA, R. Definición de lo que se acepta por trastorno digestivo "orgánico" y trastorno digestivo "funcional". *Arq Gastroent S Paulo*, 1980;17(3):161-6.
- THOMPSON WG. Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel compared with peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Gut* 1984;25:1089-1092.
- SANDLER R. Epidemiology of Irritable Bowel Syndrome in the United States. *Gastroenterology*, 1990;99:409-415.
- FIGUEROA M. Prevalencia de síntomas depresivos en pacientes de los consultorios de medicina. *Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina. UPCH. Lima - Perú* 1990.
- BARRÓS, P. Molestias digestivas en la población adulta aparentemente sana de Lima Metropolitana, según sexo y estrato socioeconómico. *Tesis de Bachiller en Medicina UPCH. Lima -Perú. 1989.*
- MANNING, AP; THOMPSON, WG; HEATON, KW; MORRIS, AF. Towards positive diagnosis of irritable bowel. *Br Med J*, 1978;2:653-4.
- KRUIS, W, et al. A diagnostic score for the irritable bowel syndrome. Its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology*, 1984; 87:1-7.
- WHITEHEAD, WE, et al. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of a community and medical clinic samples. *Gastroenterology*, 1988;95:709-14.
- CAMPOS HG; LEÓN BR; VILLARREAL MJ; CORNEJO ZC. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Rev Per Gastroent*, 2001.
- MAPA sociodemográfico del Perú. www.inei.gob.pe.
- THOMPSON W. Irritable bowel syndrome: pathogenesis and management. *The Lancet* 1993;341:1569-1572.
- THOMPSON WG, DOTEVALL G, DROSSMAN DA, HEATON KW, KRUIS W: Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989;2:92-95.
- KETTEL J, JONES R, LYDEARD S. Reasons for consultation in irritable bowel syndrome: symptoms and patient characteristics. *Br F Gen Pract* 1992; 42:459-61. *Abstract.*
- THOMPSON WG, CREED F. Funcional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int*. 1992;5:75-91.
- HISLOP G. Psychological significance of the irritable colon syndrome. *Gut* 1971, 12, 452-457.
- WHITEHEAD WE. Patient subgroups in irritable bowel syndrome that can be defined by symptom evaluation and physical examination. *Am J Med*, 1999; 107:5A :33S-40S.
- MASUDMA. Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: prevalence, symptoms pattern, and health care seeking behavior. *Am J Gastroenterol* - 01-May-2001; 96(5): 1547-52.

-
19. RUIGOMEZ A. One-year follow-up of newly diagnosed irritable bowel syndrome patients. *Aliment Pharmacol Ther* - 1999 Aug; 13(8): 1097-102.
20. PARKER TJ. Irritable bowel syndrome: is the search for lactose intolerance justified? *Eur J Gastroenterol Hepatol* - 01-Mar-2001; 13(3): 219-25.
21. CANN PA. Irritable bowel syndrome: relationship of disorders in the transit of a single solid meal to symptom pattern. *Gut* 1983; 24: 405-411.
22. RITCH J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1973; 6:105-112. *Gastroenterology* 1997;112:2120-2137.
23. ALMY TP, TULIN NM. Alterations in colonic function in man under stress. Experimental production of changes simulating the "irritable colon". *Gastroenterology* 1947, 8:616-626.
24. WELGAN P, MESHKINPUOR H, BEELER M: Effect of anger on colon motor and myoelectric activity in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1988, 94:1150-1156.
25. HOLDSTOCK DJ, MISIEWICZ JJ, WALLER SL: Observations on the mechanism of abdominal pain. *Gut* 1969, 10:19-31.
26. KELLOW JE, ECKERSLEY GM, JONES MP: Enhanced perception of physiological intestinal motility in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991, 101:1621-1627.
27. NOBAEKS. Alteration of intestinal microflora is associated with reduction in abdominal bloating and pain in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000;95(5): 1231-8.
28. SU YC. The association between *Helicobacter pylori* infection and functional dyspepsia in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000 Aug; 95(8):1900-5.
29. KOLKOSKI NA. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: a critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(5): 1340-9.
30. NERI M. Male symptoms discriminate irritable bowel syndrome from organic gastrointestinal. *Eur. J Gastroenterol Hepatol* 2000; 12 (9) : 981-8.