

# Introducción y epidemiología del síndrome de intestino irritable

Mercedes Amieva-Balmori 

Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Laboratorio de Fisiología y Motilidad Intestinal, Veracruz, Veracruz, México

## Resumen

El síndrome de intestino irritable (SII) es una enfermedad crónica y uno de los principales trastornos del eje cerebro-intestino, antes considerados trastornos funcionales. Los estudios recientes muestran que su fisiopatología es multifactorial, involucrando factores genéticos, inflamatorios, microbiota intestinal, hipersensibilidad y aspectos psicosociales. Afecta la calidad de vida y la capacidad laboral. Según los criterios de Roma IV (2016), el SII se caracteriza por dolor abdominal recurrente al menos 1 día a la semana, asociado a cambios en las evacuaciones. Hay subtipos: con estreñimiento (SII-E), con diarrea (SII-D) y mixto (SII-M). Históricamente, desde el siglo XIX se intentó clasificarlo. Los criterios de Manning (1978) y la evolución de los criterios de Roma (I a IV) han sido avances importantes, y para 2026 se espera el nuevo consenso de Roma V. En cuanto a su epidemiología, en todo el mundo, utilizando los criterios de Roma IV, la prevalencia de SII es del 4.1% (mayor en mujeres y en adultos jóvenes). Hay variaciones importantes entre países. En México, dependiendo de los criterios utilizados, la prevalencia oscila entre el 4% y el 20%. Los subtipos más frecuentes son el SII-E y el SII-M. Para realizar el diagnóstico se pueden utilizar los criterios de Roma, siempre y cuando no existan datos de alarma, los cuales están basados en los siguientes síntomas: dolor abdominal recurrente ( $\geq 1$  vez por semana), relacionado con la defecación, cambios en la frecuencia y la consistencia de las heces, en ausencia de signos de alarma; se subclasifica de acuerdo con la escala de heces de Bristol. Hay factores de riesgo descritos, como la dieta, las infecciones gastrointestinales, la disbiosis, la genética, el estrés, la ansiedad, las experiencias adversas en la infancia y los aspectos socioeconómicos. La presencia de ansiedad y depresión es frecuente, por lo que es importante buscarlas, ya que deterioran la calidad de vida e impactan en la respuesta al tratamiento. El SII genera altos costos directos e indirectos en salud, ausentismo laboral y disminución de la productividad (presentismo). Además, afecta gravemente la calidad de vida, sobre todo el SII-D, causando limitaciones sociales, laborales y personales.

**Palabras clave:** Trastorno del eje-cerebro-intestino. Crónico. Funcionales. Intestinales.

## Introduction and epidemiology of irritable bowel syndrome

### Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a chronic disease and one of the main disorders of the brain-gut axis, previously considered functional disorders. Recent studies show that its pathophysiology is multifactorial, involving genetic, inflammatory, gut microbiota, hypersensitivity, and psychosocial factors. It affects quality of life and work capacity. According to the Rome IV criteria (2016), IBS is characterized by recurrent abdominal pain at least 1 day a week, associated with changes in bowel movements. There are three subtypes: with constipation (IBS-C), with diarrhea (IBS-D), and mixed (IBS-M). Historically, attempts to classify IBS have been made since the 19<sup>th</sup> century. Important advances include the Manning criteria (1978) and the evolution of the Rome Criteria (I to IV). In 2026, the new Rome V consensus is expected. Regarding its epidemiology, worldwide using the

### Correspondencia:

Mercedes Amieva-Balmori  
E-mail: mercedesamieva@hotmail.com

Fecha de recepción: 01-04-2025  
Fecha de aceptación: 15-04-2025  
DOI: 10.24875/CGM.M25000001

Disponible en línea: 04-08-2025  
Clín. Gastroenterol. Méx. 2025;1(1):3-9  
www.clinicsgastroenterologiademexico.com

Rome IV criteria, the prevalence of IBS is 4.1% (higher in women and young adults). There are significant variations between countries. In México, depending on the criteria used, the prevalence ranges from 4% to 20%. The most common subtypes are IBS-C and IBS-M. To make the diagnosis, we can use the Rome criteria, as long as there are no alarming signs. These criteria are based on the following symptoms: recurrent abdominal pain ( $\geq 1$  time/week) related to defecation, changes in stool frequency and consistency, in the absence of alarm signs, and is subclassified according to the Bristol Stool Form Scale. Risk factors have been described, such as diet, gastrointestinal infections, dysbiosis, genetics, stress, anxiety, adverse childhood experiences, and socioeconomic factors. Anxiety and depression are common, so it's important to screen for them, as they impair quality of life and impact treatment response. IBS generates high direct and indirect health costs, work absenteeism, and decreased productivity (presenteeism). It severely impacts quality of life, especially the IBS-D, causing social, occupational, and personal limitations.

**Keywords:** Brain-gut axis disorder. Chronic. Functional. Intestinal.

## Introducción

Dentro de la clasificación de Roma IV de los trastornos del eje cerebro-intestino se encuentran los trastornos intestinales, siendo de los más relevantes y el más estudiado el síndrome de intestino irritable (SII).

Previamente, a estas enfermedades se las conocía como «trastornos funcionales», debido a que se descartaban causas orgánicas que condicionaran los síntomas; sin embargo, con el advenimiento de la clasificación de Roma, que las catalogó y clasificó, se pudieron desarrollar estudios más a fondo que demostraron la compleja fisiopatología de estas enfermedades multifactoriales, en las que se han descrito como causas factores genéticos, microinflamación, disbiosis, hipersensibilidad y alteraciones psicosociales, entre muchas otras<sup>1</sup>.

El SII es una enfermedad crónica y, además de las alteraciones en la función intestinal, la presencia de dolor abdominal afecta la calidad de vida y la capacidad laboral de los pacientes.

## Definición y evolución histórica

De acuerdo con el consenso de Roma IV (2016), el SII se caracteriza por la presencia de dolor abdominal recurrente, el cual debe estar presente al menos 1 día a la semana, asociado a cambios en las evacuaciones, y se subdivide según las características de las evacuaciones, siguiendo la clasificación de Bristol, en SII con estreñimiento (SII-E), con diarrea (SII-D) y mixto (SII-M).

Es muy frecuente la presencia de otros trastornos de la interacción del eje cerebro-intestino, es decir, la superposición con otros trastornos no intestinales, como la dispepsia o la pirosis funcionales, y su asociación con síntomas extradigestivos que cursan en un contexto de hipersensibilidad, como la fibromialgia<sup>2</sup>.

El diagnóstico se puede realizar por los criterios de Roma IV, en ausencia de datos de alarma, como pérdida

ponderal no intencionada, hemorragia digestiva, anemia, datos de malabsorción e inicio de los síntomas después de los 40 años. En nuestro país se recomienda hacer estudios sistemáticos, como biometría hemática y química sanguínea, además de coprocultivo y coproparasitoscopia por la alta prevalencia de enfermedades parasitarias en nuestro medio. A su vez, es importante tener en cuenta enfermedades orgánicas que pueden manifestarse de manera similar para realizar un adecuado diagnóstico diferencial, como enfermedad celiaca e intolerancia a la lactosa.

Los primeros reportes del SII son del siglo XIX, considerándose un problema de salud poco entendido, por lo que se intentó realizar una clasificación. En 1962, Chaudhary y Truelove publicaron un estudio en Oxford, Inglaterra, siendo este el primer intento, y parte de los síntomas descritos han persistido hasta el día de hoy<sup>3</sup>. En 1978 aparecen los criterios de Manning, desarrollados en la ciudad de Bristol, después de haber evaluado a 109 pacientes e investigado 15 síntomas, que esclarecieron que el SII debía ser un diagnóstico de exclusión, caracterizado por la presencia de distensión, alivio del dolor con la evacuación y cambios en la frecuencia y la forma de las evacuaciones asociadas a dolor<sup>4</sup>. En 1989, Thompson et al.<sup>4</sup> establecieron los primeros criterios de diagnóstico basados en el consenso de SII, llamando a esta publicación *El oráculo de Delfos y los cónclaves romanos*<sup>5</sup>, y al año siguiente publicaron un sistema de clasificación de los trastornos funcionales. A partir de 1991 se establecieron varios equipos de trabajo, dividiendo las patologías por órganos y publicando criterios basados en la clínica por síntomas de los diferentes trastornos funcionales. En 1993 se elaboró un cuestionario con los criterios diagnósticos y se aplicó una encuesta nacional en los Estados Unidos de América<sup>6</sup>, para crear la primera base de datos epidemiológica sobre la prevalencia y los factores demográficos de personas con trastornos funcionales, lo cual

me parece una visión extraordinaria por parte de estos investigadores para poder recabar mayor información al respecto. Estos criterios han estado en constante evolución desde entonces, desde Roma I en 1989, en específico los criterios de Roma I, para SII en 1992, Roma II en 1999, Roma III en 2006 y 10 años después Roma IV, que abarca epidemiología, fisiopatología, características clínicas, aspectos psicosociales, evaluación diagnóstica y tratamiento de 33 trastornos en adultos y 17 en niños, que previamente se denominaban «funcionales» y ahora tienen una nueva nomenclatura: trastornos de la interacción del eje cerebro-intestino. Es importante reconocer que la Fundación Roma es un esfuerzo internacional para generar información científica que ayude al diagnóstico y al tratamiento de estas enfermedades.

Sin embargo, algunos cambios no siempre son vistos con buenos ojos, ya que en 2016 los nuevos criterios para SII fueron más estrictos, como en la presencia de dolor, que de estar presente 3 días al mes pasó a 1 día a la semana, y esto cambió de manera importante los reportes epidemiológicos, ya que al ser más restrictivos pueden dejar a un subgrupo de pacientes con síntomas más leves fuera de la clasificación. En breve llegará Roma V y habrá que esperar las actualizaciones al respecto.

## Epidemiología global y en México

Recientemente, la Fundación Roma se dio a la tarea de realizar un encuesta de ámbito mundial sobre la prevalencia de los trastornos del eje cerebro-intestino, en 33 países y 6 continentes, realizando encuestas tanto en línea como presenciales<sup>7</sup>. Se evaluaron 73,076 personas, de las cuales el 49.5% eran mujeres, y se detectó por lo menos un trastorno del eje en el 40% de la población encuestada, siendo más prevalentes estos trastornos en las mujeres y documentando menor calidad de vida y más visitas al médico, en comparación con los sujetos asintomáticos.

Se determinó una prevalencia del SII según Roma IV del 4.1% (5.2% en las mujeres y 2.9% en los hombres), siendo el grupo de edad con mayor prevalencia el de 18-39 años con un 5.3%, seguido del grupo de 40-64 años con un 3.7% y el de mayores de 65 años con un 1.7%. Estas prevalencias varían de acuerdo con el tipo de población estudiada, detectándose cifras más bajas en Singapur, del 1.3% (0.8-1.8%), y más altas en Egipto, hasta el 7.6% (6.4-8.7%). En la mayoría de los países, el promedio fue del 3% al 5%. Sin embargo, cuando se aplicaron los criterios de Roma III la prevalencia fue mayor, hasta del 10.1% (9.8-10.5%).

En cuanto a los subtipos, el más prevalente fue el SII-E con un 1.3% (1.8% en las mujeres y 0.8% en los hombres), seguido del SII-M en el 1.3% (1.8% en las mujeres y 0.9% en los hombres), el SII-D en el 1.2% (1.3% en las mujeres y 1% en los hombres) y el Síndrome de Intestino Irritable no clasificable (SII-NC) en el 0.3%.

Una revisión sistemática y metaanálisis que se publicó en 2020 evaluó 57 publicaciones, representando a 92 poblaciones adultas de 24 países, con un total de 423,362 pacientes, y encontró una prevalencia de SII del 9.2% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 7.6-10.8) al utilizar los criterios de Roma III y del 3.8% (IC 95%: 3.1-4.5) utilizando los de Roma IV<sup>8</sup>. El subtipo SII-M fue el más frecuente según Roma III, hasta en un 33.8% de la población estudiada, pero el subtipo SII-D fue más frecuente cuando se aplicaron los criterios de Roma IV, con un 31.5%. La prevalencia fue mayor en las mujeres (*odds ratio*: 1.46; IC 95%: 1.33-1.59) y varió de manera importante entre los diferentes países, con prevalencias muy bajas en la India, del 0.5%, y las más altas en Croacia, del 29%. Nuevamente estos reportes sugieren que los criterios Roma IV son más restrictivos y, por ende, cambian las prevalencias; además, es importante puntualizar que los síntomas pueden variar o cambiar de intensidad con el tiempo, y que estos síntomas pueden ser similares a los de otras enfermedades.

En cuanto a la prevalencia en México, existen varios trabajos realizados en nuestro país. Hay publicaciones desde 2001 por Huerta et al.<sup>9</sup>, quienes realizaron una revisión sistemática de 18 publicaciones desde 1996 y encontraron una prevalencia del 17% al 20% utilizando los criterios de Manning y de Roma. En 2006, Schmulson et al.<sup>10</sup> reportaron la frecuencia de enfermedades funcionales intestinales en voluntarios sanos de una universidad en la Ciudad de México, que fue del 35%, siendo más frecuente en las mujeres, con una edad promedio de 30.8 años y como subtipo más frecuente el SII-E. En 2010, en la ciudad de Veracruz, Valerio-Ureña et al.<sup>11</sup> evaluaron población abierta (n = 459) y hallaron una prevalencia del 16.9%, siendo más frecuente en las mujeres, con una edad media de 31.2 años y como subtipo más frecuente el SII-E. También en 2010, el Grupo Mexicano de Estudio para el SII<sup>12</sup> hizo el primer reporte utilizando los criterios de Roma III en población de 22 Estados de la República (n = 1667), con una media de 36.9 años, siendo de nuevo más frecuente en las mujeres (76%), con una relación de 3.3 veces mayor que en la población masculina, y la frecuencia por subtipos fue para el SII-M

**Tabla 1.** Evolución epidemiológica del SII en México

| Autores                             | Año  | Roma           | Población                                       | Prevalencia reportada                               |
|-------------------------------------|------|----------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Huerta et al. <sup>9</sup>          | 2001 | Manning/Roma I | Revisión sistemática                            | 17-20%                                              |
| Schmulson et al. <sup>10</sup>      | 2006 | Roma II        | Voluntarios sanos (n = 324)<br>Ciudad de México | 35%                                                 |
| Valerio-Ureña et al. <sup>11</sup>  | 2010 | Roma II        | Población abierta (n = 459)<br>Veracruz         | 16.9%                                               |
| Schmulson et al. <sup>12</sup>      | 2010 | Roma III       | Pacientes (n = 1667)                            | SII-M 48.4%, SII-E 43%,<br>SII-D 5.6% y SII-NC 2.8% |
| López-Colombo et al. <sup>12</sup>  | 2012 | Roma II        | Población abierta (n = 500)<br>Tlaxcala         | 16%                                                 |
| Amieva-Balmori et al. <sup>13</sup> | 2014 | Roma III       | Población general (n = 3925)<br>Todo el país    | 7.6%                                                |
| Sperber et al. <sup>7</sup>         | 2021 | Roma III       | Población abierta (n = 2001)                    | 12%                                                 |
| Sperber et al. <sup>7</sup>         | 2021 | Roma IV        | Población abierta (n = 2001)                    | 4%                                                  |

SII-D: síndrome de intestino irritable con diarrea; SII-E: síndrome de intestino irritable con estreñimiento; SII-M: síndrome de intestino irritable mixto; SII-NC: síndrome de intestino irritable no clasificable.

del 48.4%, para el SII-E del 43%, para el SII-D del 5.6% y para el SII no clasificado (SII-NC) del 2.8%.

En 2012, Schmulson et al.<sup>12</sup> publicaron la epidemiología de los trastornos funcionales en Tlaxcala (n = 500) utilizando los criterios Roma II, con una prevalencia del SII del 16%.

En 2014, Amieva-Balmori et al.<sup>13</sup>, utilizando los criterios Roma III, hicieron una evaluación de ámbito nacional, incluyendo todas las zonas de la República Mexicana, con un total de 3925 sujetos, de los cuales 2227 eran mujeres (56.7%) y 1698 eran hombres (43.3%), con una edad promedio de  $39.8 \pm 13$  años. Encontraron una prevalencia del 7.6% (IC 95%: 6.8-8.5), siendo más frecuente en amas de casa y profesionistas, así como en aquellos con un grado de estudios más alto (educación universitaria). El subtipo más frecuente fue el SII-E en un 47% de los pacientes, seguido del EEI-M en un 43%, y se documentó una sobreposición del 22% con pirosis y del 17% con dispepsia.

En cuanto a la prevalencia de SII de acuerdo con los criterios Roma IV<sup>14</sup>, en México, la Encuesta Global evaluó 2001 sujetos y también se documentó una prevalencia de al menos un trastorno del eje cerebro-intestino en el 40% de la población estudiada y una prevalencia de SII del 4% por Roma IV y del 12.6% por Roma III.

## Criterios diagnósticos actuales

Los criterios de Roma surgieron como una necesidad en el SII debido a la falta de un estudio o biomarcador que

fuera de referencia para el diagnóstico, y con el fin de facilitar un diagnóstico estandarizado y que todos hablemos el mismo idioma en todo el mundo, además de evitar estudios innecesarios. Así se desarrolló este consenso entre expertos en la materia, para poder dar un diagnóstico basado en síntomas, obviamente tras excluir datos de alarma. Estos criterios tienen una sensibilidad del 62.7% y una especificidad del 97.1% para el diagnóstico de SII.

De acuerdo con el consenso de Roma IV (2016), el SII se caracteriza por la presencia de dolor abdominal recurrente, el cual debe estar presente al menos 1 día a la semana, asociado a alteración en las evacuaciones, ya sea estreñimiento, diarrea y mixto. Además, debe tener dos o más de las siguientes características: 1) asociado a la defecación; 2) relacionado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones; o 3) asociado a un cambio en la consistencia de las heces. Estos síntomas deben estar presentes en los últimos 3 meses y haber comenzado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico (Tabla 1)<sup>15</sup>.

El SII se divide en diferentes subtipos dependiendo de las características de las evacuaciones, utilizando la escala de Bristol para su clasificación:

- El SII-E se caracteriza por la presencia de > 25% de evacuaciones duras, Bristol 1 y 2, y < 25% de evacuaciones líquidas, Bristol 6 y 7 (sin consumo de medicamentos).
- El SII-D se caracteriza por la presencia de > 25% de evacuaciones líquidas, Bristol 6-7, y < 25% de heces duras (Bristol 1-2).

- El SII-M se caracteriza por la presencia de > 25% de evacuaciones líquidas, Bristol 6 y 7, y > 25% de deposiciones duras (Bristol 1-2).
- El SII-NC se considera cuando los pacientes cumplen con los criterios diagnósticos, pero su patrón de evacuaciones no puede ser catalogado en ninguno de los subtipos previos.

## Factores de riesgo y perfil del paciente

La fisiopatología es compleja y aún se siguen descubriendo factores de riesgo. Los propuestos hasta ahora<sup>16</sup> son la genética, la dieta, las alteraciones en la microbiota intestinal, la disbiosis, las infecciones gastrointestinales, aspectos psicológicos (sobre todo ansiedad, depresión y estrés), factores ambientales y socioeconómicos, y experiencias adversas de la infancia. En este modelo biopsicosocial que propone Roma se ha visto que todos estos factores pueden influir en la comunicación bidireccional del eje cerebro-intestino; sin embargo, el SII posinfeccioso es el único que se ha identificado como un factor causal claro.

Se han descrito factores externos y factores intrínsecos<sup>17</sup>. Dentro de los externos, en primer lugar se encuentra la dieta, donde el consumo de alimentos ultraprocesados, alcohol, grasas, pimienta y alérgenos puede desencadenar los síntomas. Otro factor importante es el ambiental, pues la contaminación del aire, la convivencia con animales, los periodos cortos de lactancia materna, el consumo de tabaco, compartir habitación familiar y tener una mala higiene se han visto como factores de riesgo. Los aspectos socioeconómicos, como experiencias adversas de la infancia, estudiantes de medicina, posgraduados, mala calidad del sueño, trabajo excesivo, turno de trabajo, bajo ingreso o ser hijo de madre joven, también pueden ser factores de riesgo.

Como factores intrínsecos se han descrito los siguientes:

- Psicológicos: ansiedad, depresión, somatización, estrés, trastornos de alimentación, estrés postraumático, historia de trauma o abuso.
- Genéticos: sexo femenino, historia familiar de SII, polimorfismos genéticos y factores fisiológicos como bajo peso al nacer e incremento en la permeabilidad intestinal.
- Patológicos: migraña, deficiencia de vitamina D, disfunción temporomandibular, fibromialgia, hipersensibilidad visceral, hipersensibilidad a los alimentos y trastornos del sueño.
- Microbiota: infección por *Clostridium difficile*, exposición a antibióticos, disbiosis y gastroenteritis.

Dentro del perfil del paciente, de acuerdo con los estudios epidemiológicos, el SII es más frecuente en las mujeres y entre la tercera y la cuarta décadas de la vida. En el estudio SIGAME<sup>13</sup>, en México, se documentó una mayor prevalencia de SII en amas de casa y en profesionistas, y a mayor escolaridad, mayor riesgo de SII. Es importante la búsqueda de ansiedad o depresión, porque se han descrito en más del 30% de la población con SII<sup>13</sup>.

## Impacto socioeconómico y en la calidad de vida

El SII no solo afecta al paciente, sino también a su familia y a la sociedad, ya que estos pacientes consumen mayores recursos económicos en estudios de laboratorio, estudios de imagen y endoscópicos; en nuestro país, esto también se ve reflejado en el sector privado<sup>18</sup>.

En México no se dispone de mucha información sobre los costos de atención, pero las estadísticas en el Reino Unido estiman un costo de 200 millones de libras esterlinas anuales, y 4000 millones de euros en Alemania; en los Estados Unidos de América hay cifras estimadas de 1560 a 7540 dólares por paciente al año, siendo los factores más costosos las visitas a urgencias y las hospitalizaciones<sup>19</sup>.

En cuanto al impacto económico personal, muchos pacientes con SII tienen dificultades para realizar su trabajo debido a los síntomas, por lo que pueden optar por tomarse tiempo libre, lo que se conoce como ausentismo, o bien ir a trabajar sin poder desempeñar su trabajo al máximo, lo que se llama presentismo. En Europa se ha establecido que los pacientes con SII se toman casi el doble de días libres al año, comparados con sujetos sin SII<sup>20</sup>. Los costos indirectos de estos son considerables y similares a los de otras enfermedades crónicas, como el asma y la migraña; en los Estados Unidos de América se recabaron los costos del ausentismo en 901 dólares al año, frente a 528 dólares en los sujetos sin SII.

Se reconoce desde un inicio el efecto deletéreo en la calidad de vida en los pacientes con SII, el cual aún es peor cuando existe sobreposición con otros trastornos del eje intestino-cerebro y si además va acompañado de factores psicológicos, como ansiedad y depresión.

En cuanto a los subtipos, se ha descrito que el SII-D es el que más afecta la calidad de vida, ya que el miedo a la incontinencia genera mayor labilidad y los pacientes evitan acudir a lugares sin baño e incluso salir de casa. Los pacientes con SII-E han descrito evitación de

las relaciones sexuales, sentirse cohibidos y dificultad para concentrarse. En el aspecto laboral, se han documentado mayor ausentismo, pérdida de ingresos y dificultad para socializar y viajar<sup>21</sup>.

En general, los pacientes describen una sensación de falta de libertad y de espontaneidad, y sentirse estigmatizados por sus familiares, amigos y personal de salud, ya que sienten una falta de comprensión y empatía por lo que el SII genera en sus vidas.

El efecto en los familiares de pacientes con SII no se conoce del todo. En un estudio se evaluaron las parejas de 152 pacientes con SII y reportaron estar sometidas a una presión significativamente mayor, soportando una mayor carga percibida, en comparación con un grupo control de parejas de sujetos sanos ( $p = 0.0002$ ), y estos efectos aumentaban en correlación con la gravedad del SII<sup>22</sup>.

En algunos estudios se ha documentado que la calidad de vida en los pacientes con SII es menor que en los pacientes con enfermedades orgánicas, como las enfermedades inflamatorias intestinales, por lo que es un aspecto ante el cual el personal de salud debe ser empático<sup>23</sup>.

Lamentablemente, en algunas ocasiones, consultar con un experto en el tema solo se asocia a una leve mejoría, que además se ha visto que no se mantiene a lo largo del tiempo<sup>24</sup>, por lo que se sugiere un abordaje integral de esta enfermedad, haciendo hincapié en la búsqueda de otras afecciones acompañantes, así como evaluar los aspectos físicos, emocionales y sociales que pudieran estar exacerbando los síntomas y, por ende, causando un mayor deterioro de la calidad de vida.

## El síndrome de intestino irritable como problema de salud pública

El SII es un problema de salud pública debido a sus costos en gastos en salud, es decir, los costos directos y el efecto sobre el empleo, en ausentismo o presentismo, como costos indirectos. Incluso si las tasas de prevalencia se mantuvieran sin cambios, las proyecciones de crecimiento poblacional en México y mundiales indican que cada vez habrá más personas con SII. Además, en un informe de 2018 se reportó que las personas con SII tardan en promedio 4 años en recibir un diagnóstico, lo que conlleva múltiples visitas médicas y estudios<sup>25</sup>. Por ello, un adecuado manejo basado en la evidencia para minimizar costos y el uso coherente de estudios clínicos podrán mejorar los costos en salud. En un estudio holandés<sup>26</sup> se detectó que la mayoría de los costos se deben a la pérdida de

productividad, y los costos directos de la atención médica se deben a la comorbilidad relacionada. Dentro de las características del paciente que contribuyen a mayores costos se encontraron la edad, el sexo, la situación laboral, el subtipo de SII, la calidad de vida y la gravedad de los síntomas de depresión.

La mayor capacitación en la medicina de primer contacto para poder realizar un diagnóstico temprano y brindar un tratamiento oportuno y mejorar la calidad de vida, la valoración por el experto en gastroenterología desde un abordaje multidisciplinario en caso de pacientes refractarios, y siempre una adecuada relación médico-paciente, beneficiarán la calidad de vida.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Referencias

1. Gómez Escudero O, Macías Lara CC. Síndrome de intestino irritable: de la fisiopatología al tratamiento. En: Yamamoto Furusho JK, Uscanga L, editores. Gastroenterología traslacional. México, DF: Permanyer; 2014. p. 81-100.
2. Whitehead WE, Palsson OS, Levy RR, Feld AD, Von Korff M, Turner M, et al. Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:2767-76.
3. Chaudhary NA, Truelove SC. The irritable colon syndrome. A study of the clinical features, predisposing causes, and prognosis in 130 cases. *Q J Med*. 1962;31:307-22.
4. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF, Misiewicz JJ, Read NW, et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J*. 1978;2:653-4.
5. Torsoli A, Corazziari E. The WTR's, the Delphic Oracle and the Roman Conclaves. *Gastroenterol Int*. 1991;4:44-5.
6. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. household survey of functional gastrointestinal disorders: prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci*. 1993;38:1569-80.

7. 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.e3.
8. Oka P, Parr H, Barberio B, Black CJ, Savarino EV, Ford AC, et al. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5:908-17.
9. Huerta I, Valdovinos MA, Schmulson M. Irritable bowel syndrome in Mexico. *Dig Dis*. 2001;19:251-7.
10. Schmulson M, Ortiz O, Santiago-Lomeli M, López-Colombo A, Berumen J, Remes-Troche JM, et al. Frequency of functional bowel disorders among healthy volunteers in Mexico City. *Dig Dis*. 2006;24:342-7.
11. Valerio-Ureña J, Vásquez-Fernández F, Jiménez-Pineda A, Cortázar-Benítez LF, Azamar-Jácome AA, Duarte-Velázquez ME, Torres-Medina V. Prevalencia del síndrome de intestino irritable en población abierta de la ciudad de Veracruz, México [Prevalence of irritable bowel syndrome in Veracruz City, Mexico: a community-based survey]. *Rev Gastroenterol Mex*. 2010;75(1):36-41.
12. López-Colombo A, Morgan D, Bravo-González D, Montiel-Jarquín A, Méndez-Martínez S, Schmulson M. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in Mexico: a population-based study. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012:606174.
13. Amieva-Balmori M, Meixueiro A, Cantón P, Santos J, de León-Castañeda C, Borja-Cacho J, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in Mexico. A nationwide population based study using the ROME III questionnaire. *Gastroenterology*. 2014;146:535.
14. Schmulson MJ, Puentes-Leal GA, Bustos-Fernández L, Remes-Troche JM, Gutiérrez-Reyes G, López-Colombo A, et al. Comparison of the epidemiology of disorders of gut-brain interaction in four Latin American countries: results of The Rome Foundation Global Epidemiology Study. *Neurogastroenterol Motil*. 2023;35:e14569.
15. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150:1393-407.
16. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17:473-86.
17. Sulaimi F, Ong TSK, Tang ASP, Chin KY, Saw PS, Goh KL, et al. Risk factors for developing irritable bowel syndrome: systematic umbrella review of reviews. *BMC Med*. 2025;23:103.
18. Schmulson M. El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del síndrome de intestino irritable (SII). *Rev Med Chil*. 2008;136:1398-405.
19. Flacco ME, Manzoli L, De Giorgio R, Gasbarrini A, Cicchetti A, Bravi F, et al. Costs of irritable bowel syndrome in European countries with universal healthcare coverage: a meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019;23:2986-3000.
20. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F, Barghout V, Dennis E, et al. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;17:643-50.
21. Singh P, Staller K, Barshop K, Dai E, Sedghi F, Wadhwa A, et al. Patients with irritable bowel syndrome-diarrhea have lower disease-specific quality of life than irritable bowel syndrome-constipation. *World J Gastroenterol*. 2015;21:8103-9.
22. Wong RK, Drossman DA, Weinland SR, Morris CB, Hu YJ, Bangdiwala SI, et al. Partner burden in irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2013;11:151-5.
23. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C, et al. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther*. 2002;24:675-89; discussion 674.
24. Canavan C, West J, Card T. Change in quality of life for patients with irritable bowel syndrome following referral to a gastroenterologist: a cohort study. *PLoS One*. 2015;10:e0139389.
25. Corsetti M, Tack J, Attara G, Azpiroz F, Camilleri M, Chey WD, et al. IBS Global Impact Report 2018: uncovering the true burden of irritable bowel syndrome (IBS) on people's lives. 2018. Disponible en: <https://badgut.org/wp-content/uploads/IBS-Global-Impact-Report.pdf>.
26. Bosman MHMA, Weerts ZZR, Snijders JT, van Rossum LG, Smidt N, Bouvy ML, et al. The socioeconomic impact of irritable bowel syndrome: an analysis of direct and indirect health care costs. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2023;21:2660-9.