

Prevalencia de sobreposición de trastornos funcionales digestivos: resultados de un estudio nacional (SIGAME 2)

Velarde-Ruiz Velasco José A., Morales-Arambúla Miguel, Coss-Adame Enrique, Gómez-Escudero Octavio, Flores-Rendón Ricardo, Vázquez-Elizondo Genaro, Carmona-Sánchez Ramon I., Icaza-Chavéz María E., Tamayo-de la Cuesta José L., Huerta-Iga Francisco, Tapia-Calderón Diana K., García-Jiménez Edgar S., Morel-Cerda Eliana C., García-Zermeño Karla R., Remes-Troche José M.

Autor para correspondencia

José Antonio Velarde Ruiz Velasco, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
Domicilio: Guadalajara, Jalisco.
Contacto al correo electrónico: velardemd@yahoo.com.mx

Palabras clave: dispepsia, reflujo, síndrome de intestino irritable, sobreposición, trastornos digestivos funcionales.
Keywords: dyspepsia, functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, overlap, reflux.



Prevalencia de sobreposición de trastornos funcionales digestivos: resultados de un estudio nacional (SIGAME 2)

Velarde Ruiz-Velasco JA^a, Morales-Arambúla M^b, Coss-Adame E^c, Gómez-Escudero O^d, Flores-Rendón R^e, Vázquez-Elizondo G^f, Carmona-Sánchez Ramon I.^g, Icaza-Chavéz ME^h, Tamayo de la Cuesta JLⁱ, Huerta-Iga Fⁱ, Tapia-Calderón DK^a, García-Jiménez ES^a, Morel-Cerda Eliana C^a, García-Zermeño KR^k, Remes-Troche JM^k

Resumen

Introducción

Los trastornos digestivos funcionales (TDF) son alteraciones del eje cerebro-intestino en ausencia de patología orgánica y representan el principal motivo de las consultas en gastroenterología. Con frecuencia acuden pacientes con múltiples síntomas gastrointestinales que no se pueden encasillar en un solo TDF; esto ha sido reportado a manera de sobreposición de TDF. El conocimiento del comportamiento epidemiológico de estas sobreposiciones es de importancia y utilidad para la búsqueda de objetivos terapéuticos que mejoren la morbilidad de estos trastornos. El objetivo fue reportar la prevalencia de sobreposición de TDF en pacientes que acudieron a consulta de especialidad en diferentes regiones del país.

Material y Métodos

Se presentan los resultados de un estudio descriptivo y transversal denominado SIGAME-2 (Síntomas Gastrointestinales en México-versión 2) el cual evaluó a través de una herramienta electrónica compuesta por 184 preguntas las características clínicas, uso de recursos y prescripciones de pacientes que acudieron a consulta con 11 especialistas en gastroenterología provenientes de ocho diferentes estados de la República Mexicana. El objetivo fue recolectar la información de 1,000 casos en el período comprendido entre enero y mayo del 2017.

Resultados

Se seleccionaron 836 pacientes para el análisis, de estos el 71% fueron mujeres. Se encontraron respuestas positivas para enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en 372 (44.4%) sujetos, 247 individuos (29.5%) respondieron afirmativamente a criterios de síndrome de intestino irritable (SII), mientras que 87 pacientes (10.4%) tuvieron criterios de dispepsia. El complejo ERGE-SII se presentó en 106 pacientes; la ERGE-dispepsia en 68 sujetos; y el SII-dispepsia en 55 personas. Finalmente los 3 trastornos (ERGE-dispepsia-SII) se hallaron simultáneamente en 26 de los sujetos de estudio.

Discusión

En México, es frecuente encontrar sobreposición de síntomas gastrointestinales de diversos TDF. En esta encuesta el principal TDF fue el ERGE, que coexistió con otro trastorno en cerca la mitad de los pacientes. Es importante un correcto juicio y abordaje de los síntomas individuales que permita definir la mejor estrategia de tratamiento en aras de disminuirla carga mórbida de los TDF.

Palabras clave: *dispepsia, reflujo, síndrome de intestino irritable, sobreposición, trastornos digestivos funcionales.*

a. Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

b. Servicio de gastroenterología y endoscopia Hospital Country 2000, Guadalajara, Jalisco

c. Departamento de Gastroenterología y laboratorio de motilidad gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México

d. Hospital Ángeles Puebla, Puebla, México

e. Servicio de Gastroenterología y endoscopia digestiva. Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado y municipios de Baja California ISSSTE CALI, Hospital Mexicali, México

f. Escuela de Medicina, Tecnológico de Monterrey. Monterrey, Nuevo León, México

g. Unidad de Medicina Ambulatoria Christus Murguerza, San Luis Potosí, México

h. Hospital Star Médica. Mérida, Yucatán, México

i. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Hospital Civil de Culiacán. Sinaloa, México

j. Servicio de Endoscopia y Fisiología Digestiva Hospital Angeles Torreón. Torreón, Coahuila, México

k. Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal. Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz

Autor para correspondencia

José Antonio Velarde Ruiz Velasco, Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México
Contacto al correo electrónico: velardemd@yahoo.com.mx

Prevalence of overlapping functional gastrointestinal disorders: results from a national study (SIGAME 2)

Abstract

Introduction.

Functional gastrointestinal disorders (FGIDs) are recognized as a group of diseases with altered gut-brain interaction but without organic abnormality. FGIDs are the most common diagnoses in gastroenterology consults. It is frequent to find patients that cannot be englobed in one FGID, namely overlap of these disorders. Research studies of the epidemiological behavior of these overlaps are very important to develop therapeutic targets that improve morbidity of these disorders. The aim of this study was to know the prevalence of overlap FGIDs in patients that attended a specialty consultation in different states of the country.

Material and Methods.

A descriptive, transversal study based on a survey about gastrointestinal symptoms in Mexico (SIGAME second version) was conducted. It consisted of an online questionnaire that included 184 items inquiring on clinical characteristics, resource utilization and prescription of patients attending consultation with 11 different Mexican gastroenterologists among 8 different states in Mexico. The objective was to recollect at least 1000 cases between January to May 2017.

Results.

We included 925 patients, among who 71% were women. The final study population was 836. We found positive answers for gastroesophageal reflux disease (GERD) in 372 (44.4%) subjects; 247 individuals (29.5%) satisfied irritable bowel syndrome (IBS) criteria, finally, 87 patients (10.4%) fulfilled dyspepsia criteria. GERD-IBS complex was present in 106 patients; GERD-Dyspepsia was found in 68 subjects; and IBS-Dyspepsia was identified in 55 people. Finally, triple overlap (GERD-Dyspepsia-IBS) was found in 26 patients.

Discussion.

In Mexico, it is frequent to find gastrointestinal symptoms overlap from different FGIDs. In this survey, the main FGID was GERD, which coexisted with another disease in nearly half of patients. A correct approach to individual gastrointestinal symptoms is important in order to define the best treatment strategy to lower the morbidity of FGIDs.

Key Words: dyspepsia, functional gastrointestinal disorders, irritable bowel syndrome, overlap, reflux.

Introducción

De acuerdo al consenso de Roma IV los trastornos funcionales digestivos (TFD) se definen como alteraciones en el eje cerebro-intestino en ausencia de patología orgánica. Se describen y se clasifican para adultos 33 entidades clínicas que han sido agrupadas en seis dominios anatómicos u orgánicos: esofágicos, gastroduodenales, de vesícula biliar, intestinales, anorectales y en trastornos de dolor gastrointestinal (GI) mediado centralmente^{1,2}. Los TFD son muy frecuentes y constituyen la mayoría de las consultas en gastroenterología, representan una carga social y económica a la salud pública dado su curso crónico y recurrente con un impacto significativo en el bienestar general de los individuos que los padecen^{3,4}. Además de las molestias gastrointestinales, muchos pacientes presentan alteraciones psicológicas asociadas, somatización, disminución importante de la calidad de vida y un aumento importante en demanda de servicios de salud, como consultas, hospitalizaciones y cirugías^{5,6,7}. Los criterios de Roma para TFD son principalmente, mutuamente exclusivos en términos de definir cada uno de los TFD con propósitos de investigación y para promover homogeneidad para la inclusión de estudios clínicos. Sin

embargo, en la práctica clínica con frecuencia acuden pacientes con múltiples síntomas intestinales y extraintestinales, que no pueden encasillarse en un solo TFD y cuya patología no puede explicarse mediante un solo mecanismo fisiopatológico. En años recientes, múltiples estudios han reportado la asociación o sobreposición de estos TFD. La sobreposición con otros trastornos GI o enfermedades extraintestinales podría deberse a una asociación al azar como resultado de la alta prevalencia de estos padecimientos, sin embargo se ha confirmado que la sobreposición de TFD sucede con mayor frecuencia que la esperada, lo que indica que esta sobreposición no está dada sólo por casualidad y que probablemente sea causada por algunos mecanismos fisiopatológicos comunes. Además, se ha demostrado que una proporción considerable de pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) presentan TFD altos o bajos^{8,9}. La prevalencia de la ERGE y del síndrome de intestino irritable (SII) es alta en la población general. Respecto al SII, la prevalencia en los Estados Unidos es de 10-20%, se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y es más frecuente entre los 20 y 45 años de edad^{10,11}. Estudios

poblacionales reportan que entre el 32 y 57% de la población en países occidentales presenta síntomas de ERGE. La prevalencia de pirosis por lo menos una vez a la semana varía de 10-21% y de por lo menos una vez al mes de 44%¹². Los síntomas clásicos de ERGE son pirosis, regurgitación ácida, disfagia y eructos. Los síntomas extraesofágicos incluyen tos crónica, ronquera, dolor torácico y trastornos del sueño. También podemos encontrar en pacientes con ERGE otros síntomas originados en otro nivel del tracto GI como flatulencia, dolor abdominal, diarrea o estreñimiento, entre otros¹³. El SII también se presenta de manera diversa, con síntomas tanto de origen colónico como extra-colónico¹⁴. Tanto ERGE como dispepsia son enfermedades con una alta prevalencia y su sobreposición es una de las más altas. Un meta-análisis reciente reporta una prevalencia global de dispepsia no investigada de 21%¹⁵. El término dispepsia se refiere a cualquier síntoma que se origine en la región gastroduodenal, de acuerdo a los criterios de Roma. La presencia de una úlcera péptica o rara vez de neoplasias gastroesofágicas, pueden causar síntomas de dispepsia. Sin embargo, la mayoría de los individuos no tendrán una explicación estructural de sus síntomas y serán etiquetados como portadores de una dispepsia funcional (DF). Existen numerosos mecanismos implicados en la patogénesis de la DF, algunos de ellos son comunes también a la ERGE como la hipersensibilidad visceral y un retardo en el vaciamiento gástrico¹⁶. La alta prevalencia de DF y de SII puede deberse a que ambas entidades tienen una alta prevalencia en la comunidad y quizá algunos casos de sobreposición sean por azar. Uno de los primeros estudios en describir esta asociación encontró que entre un 13% y 29% de individuos con dispepsia presentaban síntomas de SII, mientras que la prevalencia de DF en pacientes con SII fue de 29% a 87%¹⁷. Hasta hace algunos años no existían reportes de estudios que investigaran la prevalencia de sobreposición de TFD en México. En un reporte que incluyó 2,270 pacientes con SII para evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de la administración de 100 mg de bromuro de pinaverio y 300 mg de dimeticona por 4 semanas, se demostró que los pacientes con SII-M reportaron mayor intensidad de síntomas gastrointestinales superiores, como saciedad temprana, plenitud postprandial, náuseas, vómitos y eructos, lo que sugiere que estos pacientes con SII-M tienen mayor sobreposición de síntomas con DF¹⁸. El estudio inicial SIGAME consistió en encuestar a 3925 sujetos adultos de la población general en diferentes regiones de México, mediante el cuestionario modular de Roma III, el cuestionario PAGI-SYM y el cuestionario PAGI-Qol, además de un cuestionario de datos sociodemográficos. Se encontró una prevalencia de DF de 6.6%, de SII de 5.5% y de ERGE, definido como pirosis cuando menos una vez a la semana de acuerdo con Roma III. La prevalencia de sobreposición entre los diferentes TFD fue de 3.9% (IC95% 3.3%-4.6%, n=133) entre ERGE y dispepsia, 1.1% (IC95% 0.7%-1.5%, n=37) entre ERGE y SII, del 0.9% (IC95% 0.6%-1.2%, n=31) entre dispepsia y SII, y del 0.6% (IC95% 0.4%-0.9%, n=21) entre SII, ERGE y dispepsia¹⁹.

Por lo anterior, el conocer el comportamiento

epidemiológico y los mecanismos fisiopatológicos de esta sobreposición nos llevará consecuentemente a buscar nuevos objetivos terapéuticos para estos trastornos. El objetivo de este trabajo fue reportar la prevalencia de sobreposición de TDF en pacientes que acudieron a consulta de especialidad en diferentes regiones del país y los síntomas gastrointestinales predominantes.

Material y métodos

Se presentan los resultados de un estudio prolectivo, observacional, denominado SIGAME-2 (Síntomas Gastrointestinales en México-versión 2) el cual evaluó a través de una herramienta electrónica compuesta por 184 preguntas las características clínicas, uso de recursos y prescripciones de pacientes que acudiera a consulta con 11 especialistas en gastroenterología (cinco en instituciones públicas y seis en instituciones privadas) provenientes de ocho diferentes estados de la República Mexicana. Previo consentimiento informado de los pacientes, fueron entrevistados por los médicos participantes, quienes procedieron al llenado de la encuesta inicial (datos generales e identificación del síntoma funcional predominante) directamente en la plataforma electrónica, lo que tomó 25-35 min por cada caso. En la primera parte de la entrevista se obtuvieron los datos generales de los pacientes, sus antecedentes personales patológicos y no patológicos, datos antropométricos y motivo por el cual acudieron a la consulta, ya fuera ERGE, SII, estreñimiento o dispepsia. Posteriormente, de acuerdo con las respuestas, se consignaron los datos de la patología de interés en la encuesta correspondiente. En los pacientes que acudieron por más de un TFD, la información se registró para ambos trastornos, de tal forma que se consiguieron datos de sobreposición entre los trastornos evaluados. La información obtenida al momento de la entrevista se incorporó a la base de datos SIGAME 2, diseñada para tal fin por la empresa ASECOM. Cálculo del tamaño de la muestra y análisis estadístico. El cálculo del tamaño de la muestra se estableció por conveniencia e incluyó al menos a 100 sujetos en cada una de las ocho regiones evaluadas, con el objetivo de obtener la información de 1,000 casos en el período comprendido entre enero y mayo de 2017. La frecuencia de los TFD y los síntomas individuales se expresan en frecuencias relativas (%) con intervalos. Se realizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad y profesión. La comparación entre variables categóricas se realizó mediante la prueba de chi cuadrada y la prueba exacta de Fisher; para las variables continuas se utilizó la prueba t de Student. Para la comparación entre más de tres grupos se empleó la prueba de ANOVA con corrección de Bonferroni. Se estableció significancia estadística cuando el valor de p fue <0.05.

Resultados

Se realizaron 1,000 entrevistas de las cuales se seleccionaron 925 (92.5%). La distribución de los pacientes en los ocho estados participantes se muestra en la Figura 1.

De los 925 pacientes evaluados, 655 fueron mujeres (71%). La edad promedio de la muestra fue de 44 ± 14 años, con un rango de 18-89 años; además, se observó que la población con nivel de escolaridad más alto se encontró entre los 20 y 40 años (62%). En este estudio se mostró que, de la población total, 372 participantes (40%) cumplieron con los criterios para ERGE (61% mujeres), 247 casos (26.7%) para SII (79% mujeres), 87 pacientes para DF y 89 para estreñimiento funcional. De los 925 pacientes encuestados, se incluyeron 836 para el diagnóstico de sobreposición de TDF, esto debido a la eliminación de individuos con estreñimiento funcional. Hecha esta aclaración, la sobreposición de ERGE con SII se presentó en 106 pacientes, la de ERGE con dispepsia en 68, la de dispepsia con SII en 55 y la de ERGE con dispepsia y SII en 26 (Figura 2). Es importante señalar que en todos los casos de sobreposición de TDF las mujeres resultaron con mayor prevalencia (Tabla 1).

Sobreposición de síntomas dispepsia en pacientes con ERGE

En los pacientes con ERGE se presentaron síntomas de dispepsia de manera frecuente. La sensación de plenitud gástrica en pacientes con ERGE se presentó en 262 pacientes (70%), síntoma que predominó en el género femenino (63%). Por otro lado, la incapacidad para terminar una comida de tamaño normal se presentó en poco más de la mitad de los pacientes con ERGE (52%), la mayoría fueron mujeres (64%) y la sensación de estar excesivamente lleno después de una comida se presentó en 233 pacientes con ERGE (62%) también predominando en mujeres (61%).

Sobreposición ERGE-SII

La sobreposición de ERGE-SII se encontró en 106 pacientes (11.4%) de los cuales 74 fueron mujeres. Es interesante mencionar que el grupo de edad de mayor afectación de las mujeres fue el de 31 a 40 años, mientras que el grupo de más prevalencia en los hombres fue el de 41-50 años. Esta sobreposición se presentó con más frecuencia en pacientes con estudios universitarios (51 pacientes de 106).

Síntomas Gastrointestinales en sobreposición ERGE-SII

Respecto a la evolución de los síntomas con sobreposición

Tabla 1. Sobreposición de TDF en pacientes incluidos en SIGAME 2

Sobreposición TDF	N	Sexo (Mujer/Hombre)	Porcentaje
ERGE-SII	106	74/32	12.6%
ERGE-Dispepsia	68	43/25	8.1%
Dispepsia-SII	55	38/17	6.5%
ERGE-Dispepsia-SII	26	17/9	3.1%

n= 836
 Abreviaturas: TDF, trastornos digestivos funcionales; ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; SII, síndrome de intestino irritable.



Figura 1. Distribución de pacientes incluidos en SIGAME 2 en las diferentes regiones de la república mexicana. CDMX, Ciudad de México; GDL, Guadalajara; MTY, Monterrey; SLP, San Luis Potosí.

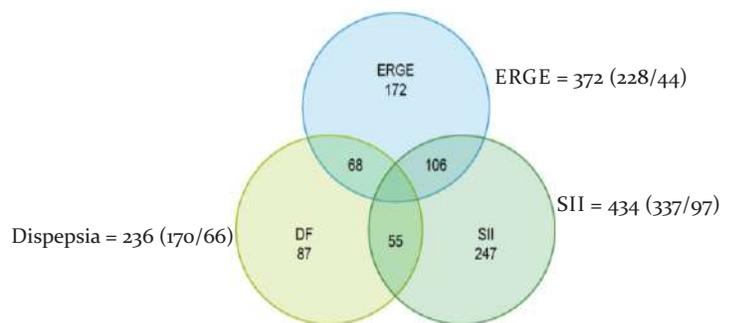


Figura 2. Sobreposición de trastornos funcionales digestivos en pacientes incluidos en SIGAME 2.

de ERGE-SII, la mayoría de los pacientes refirió tener una historia de 1 año o más (51% de los pacientes). En la encuesta se incluyeron síntomas esofágicos asociados con esta sobreposición. De los 106 pacientes con sobreposición ERGE-SII que realizaron la encuesta, 85 identificaron su principal síntoma de reflujo, 50 pacientes (58%), presentaron pirosis como principal síntoma de reflujo, de los cuales el 62% fueron mujeres, el segundo síntoma principal más frecuente fue la náusea para las mujeres y las regurgitaciones para los hombres. Las regurgitaciones fueron más frecuentes en hombres que en mujeres, solo las mujeres refirieron náuseas, carraspeo, disfagia, dolor torácico y tos. En lo referente a la evolución de los síntomas gastrointestinales en pacientes con sobreposición de ERGE-SII, el 75% tenían más de un año de evolución, siendo la mayoría de los pacientes del sexo femenino (31 pacientes), llamando la atención que la mayoría (58%) ya había asistido a consulta por sus síntomas más de una vez. En cuanto a la gravedad de los síntomas, la mayoría de los pacientes refirieron síntomas de leves a moderados, solo un pequeño porcentaje refirió síntomas muy severos; de los 39 pacientes que presentaban náuseas, el 69.2% presentaba síntomas leves a moderados, de los pacientes con arcadas y vómito, 60% presentaba síntomas de muy leves a leves, de los 58 pacientes que presentaban sensación de llenura casi el 80% presentaba síntomas de muy leves a moderados, de los 51 pacientes que presentaron incapacidad para terminar una comida de tamaño normal, el 90% presentaban síntomas de muy leves a moderados, 31 pacientes presentaron pérdida de apetito y solo un paciente presentó síntomas muy severos, el resto presentó síntomas de

muy leves a moderados con una distribución equitativa y sin diferencia para el sexo. La frecuencia de agruras (dolor quemante en el pecho o garganta) durante el día o la noche fue similar (69.8% contra 63%), con un aumento en la presencia de síntomas severos respecto al resto de los síntomas, reportándose del 21% y 26% para las agruras durante el día y mientras estaban acostados respectivamente, con un predominio en el sexo femenino. La opresión torácica nocturna fue menos común y estuvo referida solo por el 28%, mientras que la regurgitación diurna y nocturna se refirió en 58% de los pacientes. En cuanto a la presencia de regurgitación o reflujo, en los pacientes con sobreposición ERGE-SII no hubo diferencia entre el reflujo durante el día y el reflujo mientras el paciente se encontraba acostado, con 62 y 61 pacientes respectivamente, siendo más frecuentes los síntomas leves a moderados, con un porcentaje del 66% y 59% respectivamente. De los 39 pacientes con sobreposición ERGE-SII que presentaban náuseas (sentirse mal del estómago como si fuera a vomitar) 14 pacientes 35% presentaban síntomas moderados, 13 pacientes (33.3%) presentaron síntomas leves y solo 2 pacientes refirieron la náusea como muy severa. El esfuerzo para vomitar sin llegar al mismo (arqueo) también estuvo referido por los pacientes con ERGE-SII. De los 28 pacientes que presentaban arqueadas, la mayoría refirieron síntomas moderados (10 pacientes), siendo en su mayoría mujeres (8 pacientes) y solo 1 paciente refirió síntomas muy severos. Por otro lado, los vómitos estuvieron presentes en 15 de los 106 pacientes con sobreposición ERGE-SII, de los cuales la mayoría (10 pacientes), describieron la gravedad de los síntomas como leve a moderado, sin diferencia en cuanto al sexo, solo un paciente del sexo masculino refirió presentar síntomas muy severos. Es interesante mencionar que los pacientes con ERGE-SII también refirieron síntomas de sobreposición con dispepsia. En 58 de los 106 pacientes con sobreposición ERGE-SII se presentó sensación de llenura, de los cuales, la mayoría (19 pacientes) describieron sus síntomas como moderados, 11 pacientes como severos y solo 1 paciente refirió presentar síntomas muy severos. No hubo diferencia en cuanto al sexo en los pacientes que presentaban síntomas moderados. Un total de 51 pacientes con sobreposición ERGE-SII presentaron incapacidad para terminar una comida de tamaño normal, de los cuales el 31% presentaron síntomas leves, 31% síntomas moderados, no hubo diferencia en el sexo para los pacientes con síntomas moderados, 57% de los pacientes con síntomas leves fueron mujeres, 14 pacientes (28%) refirieron presentar síntomas muy leves, con un ligero predominio del sexo femenino (8 pacientes), solo 1 paciente del sexo femenino presentó síntomas muy severos. La mayoría de los pacientes con sobreposición ERGE-SII que presentaban sensación de estar excesivamente lleno después de una comida, presentaban síntomas moderados (33.9%), 49% presentaban síntomas de muy leves a leves, con un predominio en el sexo femenino para los síntomas leves, 9 pacientes presentaban síntomas severos y solo un paciente síntomas muy severos.

Discusión y conclusiones

Los TFD son padecimientos con alta prevalencia en población general y es muy frecuente encontrar síntomas de varios TFD en un mismo paciente. La prevalencia de ERGE en pacientes con SII, y la prevalencia de SII en pacientes con ERGE es mayor que su prevalencia individual en la comunidad. La prevalencia de sobreposición entre ERGE y dispepsia es de las más altas. Es más frecuente encontrar síntomas dispépticos en pacientes con ERGE que en personas sin ERGE. Las prevalencias de sobreposición de TFD en países asiáticos son menores que las reportadas en países occidentales. Los pacientes que tienen dos o más TFD tienen manifestaciones clínicas más intensas, un incremento en la somatización, menor calidad de vida y mayor uso de medicamentos que los pacientes con un solo TFD. Las hipótesis postuladas para explicar la sobreposición de síntomas entre varios TFD incluyen que éstas tienen varios mecanismos fisiopatológicos en común como trastornos de motilidad, hipersensibilidad visceral, inflamación de bajo grado post-infecciosa o alteraciones en las vías de dolor en el sistema nervioso^{16,20}. En México, en el estudio poblacional SIGAME, 6.5% de la población encuestada tuvo sobreposición de TDF. La mayor prevalencia de sobreposición encontrada fue entre ERGE y dispepsia. En el estudio SIGAME 2 fue interesante encontrar que la prevalencia de sobreposición entre los diversos TDF es variable. La variabilidad encontrada en esta investigación tiene que ver con la aplicación de cuestionarios validados para la identificación de TDF en estudios epidemiológicos; tales hallazgos podrían no reflejarse por completo en el contexto de práctica clínica, en el que el paciente acude con uno o más síntomas predominantes, sin ser consciente de la concomitancia con otros síntomas gastrointestinales. La identificación de estas sobreposiciones debe realizarse de forma sistemática, ya que en la clínica, la expresión de los síntomas gastrointestinales puede ser difícil de describir por parte de los pacientes e igualmente difícil de interpretar por parte del clínico. El tratamiento dependerá de un correcto discernimiento de las manifestaciones principales y su correcta caracterización en los diversos TDF. El correcto juicio y abordaje de los síntomas individuales es de importancia para definir una estrategia terapéutica personalizada que resulte en la disminución de la carga mórbida de los TDF, a través del adecuado manejo de los síntomas principales que conforman los TDF, que, como se vio en este trabajo, pueden variar de acuerdo a características inherentes, como el sexo.

Declaración de intereses

Este estudio fue realizado con un fondo educacional por ASOFARMA.

Referencias bibliográficas

1. Drossman DA, Hasler W L. Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut brain interaction. *Gastroenterology* 2016;150:1257-61.
2. Drossman DA. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features and Rome IV. *Gastroenterology* 2016;150:1262-79.
3. Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20:31-9.
4. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterol Motil* 2008;20:121-9.
5. Patel P, Ford AC. Irritable bowel syndrome and somatization. *Neurogastroenterol Motil* 2015;27:740.
6. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology* 2004;126:1665-73.
7. Hasler WL, Schoenfeld P. Systematic review: abdominal and pelvic surgery in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:997-1005.
8. Talley NJ, Dennis EH, Schettler-Duncan VA, Lacy BE, Olden KW, Crowell MD. Overlapping upper and lower gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome patients with constipation or diarrhea. *Am J Gastroenterol* 2003;98(11):2454-9.
9. Locke GR, Zinsmeister AR, Fett SL, Melton LJ, Talley N. Overlap of gastrointestinal symptom complexes in a US community. *Neurogastroenterol Motil*. 2005;17(1):29-34.
10. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002;97(8):1910-5.
11. Spiller R, Aziz Q, Creed F, Emmanuel A, Houghton L, Hungin P, et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut* 2007;56(12):1770-9.
12. Fullard M, Kang JY, Neild P, Poullis A, Maxwell JD. Systematic review: does gastroesophageal reflux disease progress? *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24(1):33-45.
13. Wong WM, Fass R. Extraesophageal and atypical manifestations of GERD. *J Gastroenterol Hepatol* 2004;19 Suppl 3:S33-43.
14. Zimmerman J. Extraintestinal symptoms in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel diseases: nature, severity, and relationship to gastrointestinal symptoms. *Dig Dis Sci* 2003;48(4):743-9.
15. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. *Gut* 2015;64:1049-57.
16. Gonlachanvit S, Maurer AH, Fisher RS, Parkman HP. Regional gastric emptying abnormalities in functional dyspepsia and gastroesophageal reflux disease. *Neurogastroenterol Motil* 2006;18:894-904.
17. Agreus L, Svarsdudd K, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995;109:671-80.
18. Schmulson MJ, Remes-Troche JM, López-Alvarenga JC, Vargas JA, López-Colombo A, Crespo Y, et al. Rome III IBS-M subgroup is associated with increased severity of upper gastrointestinal symptoms. A report of the Mexican IBS working group. *Neurogastroenterol Motil* 2009;1(S1):69.
19. Gómez-Escudero O. Sobreposición de trastornos funcionales digestivos. En: Remes-Troche JM. Ed. Síntomas gastrointestinales en México. Un estudio epidemiológico. Sigame. Mexico: Asecom editores; 2015.
20. Lee KN. The clinical implications of overlap between constipation and common functional gastrointestinal disorders. *J Neurogastroenterol Motil* 2017;23(4):485-6.