

Calidad de vida en los pacientes con síndrome del intestino irritable

F. Mearin, A. Perelló y M. Perona

Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos. Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon. Barcelona. España.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del síndrome del intestino irritable (SII) es muy elevada, lo que tiene una gran repercusión sanitaria, social y económica. El número de consultas médicas, de pruebas diagnósticas (en este caso no diagnósticas) y de prescripciones terapéuticas es muy grande, con el consiguiente gasto de recursos. Supone, además, una de las primeras causas de absentismo laboral. Por otra parte, si bien el SII no pone en riesgo la vida del paciente, sí condiciona de forma considerable su calidad.

La prevalencia del SII oscila entre un 5 y un 20% dependiendo de la población estudiada y los criterios diagnósticos empleados^{1,2}. Recientemente se ha publicado un estudio que utilizó un mismo cuestionario para valorar la prevalencia y diversos aspectos clínicos de este síndrome en 8 países europeos: Alemania, Italia, Francia, Bélgica, Países Bajos, Reino Unido, Suiza y España³. Las prevalencias totales fueron desde el 6,7 al 12%, siendo más altas en Reino Unido, Francia e Italia y más bajas en Países Bajos, Bélgica y España. En nuestro país la prevalencia global (agrupando a los sujetos diagnosticados formalmente y a los sujetos sin este diagnóstico) fue del 7,3%. Las personas con SII perdieron más días de trabajo por enfermedad (5,2 frente a 2,1 días). Más del 40% refería un impacto importante en sus actividades sociales (salir a comer, hacer viajes largos o acudir a lugares no conocidos). Un 36% de las personas con SII reconocía que éste afectaba a sus relaciones físicas o sexuales, y un 35% que afectaba a sus relaciones familiares.

Desde hace mucho tiempo se ha dicho que sólo la tercera parte de los sujetos con SII buscan atención médica. Estos datos procedían de investigaciones en Estados

Unidos⁴, pero datos obtenidos de la población española demuestran que en nuestro medio más de las dos terceras partes de personas con SII acuden al médico⁵. Los motivos por los que unas personas buscan asistencia sanitaria y otras no lo hacen no están del todo claros. Algunos estudios parecen indicar que la razón fundamental es la intensidad de las molestias, mientras que en otros son los factores psicosociales los determinantes. Otro de los factores que sin duda influyen en la decisión de consultar al médico es la facilidad de acceso y gratuidad del sistema sanitario en el que se encuentra el paciente. Así, en España el 58% de los sujetos con SII con estreñimiento y el 67% de los que presentan SII con diarrea buscan atención sanitaria⁶.

DEFINICIÓN Y CRITERIOS CLÍNICOS DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Con el nombre de SII se conoce a un grupo de trastornos funcionales digestivos en los que el dolor o las molestias abdominales se asocian a alteraciones en el hábito deposicional y dificultades en la defecación. Además, es frecuente que se produzca un solapamiento con otros trastornos funcionales. Es importante recordar que muchos sujetos con SII nunca precisarán de atención médica. Por este motivo se ha considerado que las personas con SII pueden pertenecer a 2 grupos: a) no pacientes, aquellos que nunca visitarán al médico por sus molestias de SII, y b) pacientes con SII, aquellos que acuden al médico por estas molestias.

Existen claras dificultades a la hora de definir lo que es el SII debido a la falta de lesiones orgánicas así como a la heterogeneidad de sus manifestaciones clínicas. Por estos motivos se ha intentado establecer una serie de criterios para agrupar los diferentes síntomas y poder realizar un diagnóstico positivo del síndrome. Los criterios más utilizados fueron los descritos por Manning et al⁷ en 1978, que posteriormente se han modificado en diversas ocasiones. Los criterios fundamentales son el dolor que

Correspondencia: Dr. F. Mearin.
Instituto de Trastornos Funcionales y Motores Digestivos.
Servicio de Aparato Digestivo. Centro Médico Teknon.
Vilana, 12. 08022 Barcelona. España.
Correo electrónico: mearin@dr.teknon.es

se alivia con la defecación, un aumento de la frecuencia deposicional coincidente con la aparición del dolor, presencia de heces más blandas coincidiendo con el dolor, la observación de distensión abdominal, la presencia de moco en las heces y la sensación de evacuación incompleta. En estudios posteriores se ha observado que de estos 6 criterios, los 3 primeros tienen un mayor valor predictivo diagnóstico mientras que los 3 últimos son de menor utilidad⁸. Posteriormente, en 1992, se establecieron unos criterios más precisos, los llamados criterios de Roma⁹. Éstos se modificaron en 1999 con el fin de precisar aún más la definición del SII. Los actuales criterios diagnósticos (Roma II) son los siguientes¹⁰: presencia de molestia o dolor abdominal durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en los últimos 12 meses y que se acompañe de 2 o más de los siguientes hechos: *a*) alivio con la defecación; *b*) asociación con cambios en la frecuencia de las deposiciones, y *c*) asociación con cambios en la consistencia de las deposiciones.

El SII se divide en 3 subtipos dependiendo de cuál sea el hábito deposicional predominante: SII-estreñimiento, SII-diarrea y SII-alterante (cuando alternan períodos de estreñimiento y diarrea). No obstante, estas características no siempre se mantienen estables en el tiempo¹¹.

Actualmente se está trabajando para perfeccionar las definiciones y los criterios diagnósticos de los distintos trastornos funcionales digestivos. En breve dispondremos de las recomendaciones de Roma III.

DIAGNÓSTICO

La presencia de síntomas compatibles con el síndrome y la exclusión de alteraciones orgánicas es lo que nos llevará al diagnóstico. A la hora de excluir trastornos orgánicos se debe ser estricto, pero intentando evitar la realización de exploraciones innecesarias o recurrentes; es muy frecuente que los pacientes con SII hayan sido sometidos en numerosas ocasiones a enemas opacos, colonoscopias u otras exploraciones, de forma repetitiva sin que nunca se haya obtenido ningún hallazgo positivo. Es especialmente importante descartar patologías orgánicas en los pacientes mayores de 45 años o cuando se presentan signos o síntomas de alarma tales como anemia, fiebre, sangre en las heces o pérdida de peso.

Como siempre, una cuidadosa anamnesis y exploración física serán la base para sospechar el diagnóstico. La necesidad de realizar una rectosigmoidoscopia o una colonoscopia total debe evaluarse de forma individualizada. La realización de análisis de sangre (incluyendo hemograma, hormonas tiroideas y anticuerpos antiendomiso en los casos con diarrea), así como de heces con determinación de sangre oculta o de huevos y parásitos, puede ser de utilidad. Recientemente se ha señalado que la demostración de una hipersensibilidad a la distensión rectal pudiera ser un marcador de SII y utilizarse como un criterio positivo a la hora de establecer su diagnóstico¹², pero la sensibilidad y especificidad de esta prueba aún son discutidas¹³.

PATOGENIA

En la actualidad no se conoce con precisión cuáles son los mecanismos patogénicos por los que se produce el SII. Sería ingenuo pensar que una sola causa puede ser el motivo de todas las molestias en un síndrome tan heterogéneo en el que el paciente puede tener tanto dolor abdominal como diarrea o estreñimiento. En algunos estudios se ha observado que un número considerable de pacientes presentaban intolerancia a la lactosa o a otros azúcares tales como el sorbitol o la fructosa pero, si esto es cierto, habría que excluir a estos enfermos del diagnóstico del SII. Por otra parte, es frecuente que algunos pacientes relacionen sus molestias con determinados alimentos, si bien no está claro que se trate de verdaderas alergias alimentarias o si sólo es un problema de intolerancia.

Hace algunos años se supuso que los trastornos de la motilidad digestiva podrían ser los causantes de las manifestaciones clínicas del SII. Sin embargo, la investigación nos ha demostrado que la motilidad digestiva es normal en una gran parte de estos pacientes y que, además, existe una pobre correlación entre la presencia de trastornos motores y la aparición de los síntomas¹⁴. Cierto es que parece existir una respuesta anormal de la motilidad tanto del intestino delgado como del grueso ante determinados estímulos como la comida, el estrés, la distensión o la inyección de colecistoquinina¹⁵, y que es posible que una dismotilidad digestiva pueda explicar las molestias de una parte de los pacientes con SII, pero ésta no parece ser la causa fundamental de este síndrome.

Más recientemente se ha comprobado que los pacientes con SII presentan un aumento de la sensibilidad visceral en la región intestinal. La distensión, tanto del recto como del colon o del intestino delgado, les produce más molestias que a los voluntarios sanos¹⁶; además, las áreas de referencia del dolor son más extensas que en los controles. La relación entre la gastroenteritis aguda y la posterior aparición de SII es un hecho interesante sobre el que se está investigando mucho¹⁷.

TRATAMIENTO

Muchos pacientes con SII se beneficiarán de cambios sencillos en su estilo de vida y en la dieta. La exclusión de determinados alimentos o bebidas puede disminuir la frecuencia de síntomas (comidas grasas, alimentos flatulentos, bebidas gaseosas, etc.). En cuanto al tratamiento farmacológico, debe adecuarse a la intensidad y frecuencia de los síntomas, utilizándose cuando verdaderamente sea necesario. En la actualidad no existe ningún fármaco que sea útil en todos los casos de SII ni cuyos resultados sean absolutamente eficaces.

Fibra

Durante años se ha venido utilizando como tratamiento habitual en los pacientes con esta patología, aunque los resultados no siempre han sido satisfactorios. En una revisión sobre la utilidad de los suplementos de fibra se

concluyó que los estudios publicados tenían serias limitaciones relacionadas con la alta respuesta al placebo, el escaso número de pacientes incluidos, la selección de los enfermos, la corta duración del tratamiento y las dosis inadecuadas¹⁸. De hecho, se ha visto que en muchos casos un elevado aporte de fibra puede empeorar la distensión abdominal, el dolor e incluso la diarrea. No obstante, algunos pacientes con predominio de estreñimiento pueden beneficiarse de una dieta rica en fibra.

Fármacos espasmolíticos

Nuevamente existen serias dificultades metodológicas para establecer el verdadero beneficio de este tipo de agentes farmacológicos. En una revisión publicada en 2001 se evaluaron 45 ensayos clínicos aleatorizados publicados entre 1987 y 1998¹⁹; sólo 6 cumplían los requisitos de calidad imprescindibles. En un metaanálisis publicado también en el año 2001 se seleccionaron 23 ensayos clínicos aleatorizados con un total de 1.888 pacientes; se apreció una mejoría global en el 56% de los pacientes tratados con fármacos espasmolíticos y en el 38% de los tratados con placebo; la mejoría del dolor fue de un 53 y un 41%, respectivamente²⁰.

Loperamida

En los casos en que la diarrea es el síntoma predominante puede ser necesaria la utilización de fármacos tales como la loperamida. De la revisión de Jailwala et al²¹ se concluye que la loperamida es útil en el tratamiento de la diarrea, ya que induce una mejoría global, pero que es ineficaz para el dolor o la distensión abdominal.

Colestiramina

Es otro fármaco que también se ha utilizado en el tratamiento de la diarrea del SII²². Su supuesta acción beneficiosa se debería al secuestro de ácidos biliares, deficientemente absorbidos por un tránsito intestinal demasiado rápido.

Agentes formadores de masa y laxantes

Cuando predomina el estreñimiento se pueden emplear agentes formadores de masa o laxantes suaves. Los laxantes deben usarse como último recurso terapéutico del estreñimiento, en cuyo caso son preferibles los laxantes osmóticos o salinos a los estimulantes, debido a los mayores efectos secundarios de estos últimos.

Antidepresivos

Jailwala et al²¹ evaluaron 7 ensayos clínicos en los que se utilizaban antidepresivos en el tratamiento del SII, y el resultado fue beneficioso en todos ellos. No está claro si la mejoría se relaciona o no con la presencia o grado de depresión de los pacientes. Además, no hay que olvidar que los antidepresivos tricíclicos tienen efectos antinocicepti-

vos sobre la percepción visceral junto a su efecto inhibidor de la motilidad digestiva.

Actualmente hay datos que apuntan que los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina también pueden ser útiles en el tratamiento de diversos trastornos funcionales digestivos. En el caso del SII parecería lógico utilizar, si fuese necesario, un antidepresivo tricíclico cuando predomina la diarrea y un inhibidor de la recaptación de serotonina cuando predomina el estreñimiento.

Psicoterapia e hipnoterapia

Una revisión sistemática sobre psicoterapia en el SII ha descubierto múltiples defectos metodológicos²³; no obstante, otra revisión ha concluido que el tratamiento psicológico es superior al tratamiento médico convencional²⁴. Recientemente se ha publicado un excelente trabajo que demuestra la eficacia de la terapia cognitiva conductual en un determinado grupo de enfermos con SII²⁵.

Nuevas posibilidades terapéuticas

Agonistas opioides de los receptores kappa

La fedotozina ha sido el exponente fundamental de este grupo de fármacos. A pesar de los esperanzadores resultados iniciales, la respuesta terapéutica no es tan buena como para reemplazar algunos de los fármacos ya utilizados. No parece que en un futuro próximo dispongamos de la fedotozina, y tampoco de la asimadolina, en nuestro arsenal terapéutico.

Somatostatina y análogos

Tienen un conocido efecto analgésico somático y visceral debido a un bloqueo en la transmisión de la información aferente nociceptiva medular. Ni la vía de administración (subcutánea) ni sus resultados hacen que sean fármacos idóneos para el tratamiento del SII.

Antagonistas de la colecistocinina

La loxiglumida reduce el tiempo de tránsito colónico y parece tener efectos beneficiosos en pacientes con SII, aunque todavía no hay estudios amplios que demuestren este hecho.

Antagonistas 5-HT₃ y agonistas 5-HT₄ de la serotonina

El alosetrón (un antagonista 5-HT₃) mejora el dolor abdominal, la urgencia defecatoria y el hábito deposicional en mujeres con SII con predominio de la diarrea²⁶. Sin embargo, la aparición de casos de colitis isquémica indujo su retirada del mercado, aunque ahora puede conseguirse, con restricciones, en Estados Unidos. Actualmente, ensayos clínicos con un nuevo antagonista de los receptores de serotonina (cilansetrón) demuestran que éste mejora los síntomas del dolor abdominal y alteraciones en el hábito intestinal asociados al SII²⁷.

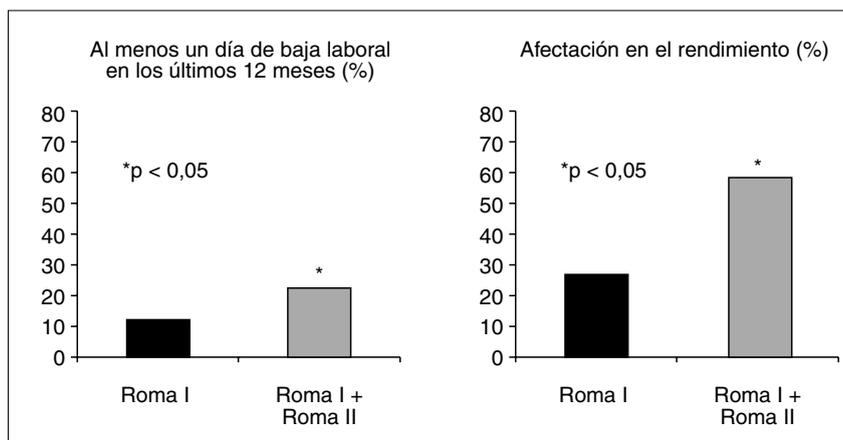


Fig. 1. El síndrome del intestino irritable afecta de manera notoria la vida de los pacientes que lo presentan, incluyendo sus actividades laborales. El impacto es mayor en aquellos con más gravedad y que cumplen los criterios diagnósticos de Roma II y no sólo de Roma I.

El tegaserod (un agonista parcial 5-HT₄) acelera el vaciamiento gástrico, disminuye el tiempo de tránsito orocecal y tiende a incrementar el vaciamiento del colon proximal. Los ensayos clínicos han demostrado que mejora los síntomas de los pacientes con SII y estreñimiento²⁸.

Antagonistas de los receptores muscarínicos M3

El desarrollo de antagonistas colinérgicos cada vez más selectivos podría ser útil en el control de la hipermotilidad digestiva. La zamifenacina reduce la motilidad colónica en pacientes con SII, aunque aún no se ha demostrado su utilidad práctica²⁹.

Agonistas de los receptores adrenérgicos α_2

La clonidina tiene un efecto antinociceptivo colónico, pero sus efectos secundarios hacen que sea un fármaco de escasa aplicación clínica. A su vez, la lidamidina (otro agonista α_2) ha demostrado ser de escasa eficacia en el tratamiento del SII.

Antagonistas de las neurocininas

Las taucicinas (sustancia P, neurocinina A y neuricinina B) son mediadores fundamentales en el control de la motilidad digestiva y la transmisión de la información nociceptiva. En la actualidad se están desarrollando estudios con antagonistas de los receptores NK2 (activados predominantemente por la neurocinina A) en pacientes con SII. Su efecto es fundamentalmente analgésico y modulador, por lo que podrían utilizarse tanto cuando predomina la diarrea como cuando lo que predomina es el estreñimiento.

Probióticos

El tratamiento con *Bifidobacterium* spp. frente a placebo durante 8 semanas mejoró el dolor abdominal, la distensión, el hábito deposicional y la calidad de vida en pacientes con SII, lo cual se reflejó en una mejoría significativa de la calidad de vida de estos pacientes³⁰.

TABLA I. Instrumentos más utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con síndrome del intestino irritable

<p><i>Cuestionarios genéricos</i></p> <p>SF-36 (Short-Form 36)</p> <p>Perfil de Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile, SIP)</p> <p>Índice de Bienestar General Psicológico (Psychological General Well-Being Index, PGWB)</p>
<p><i>Cuestionarios específicos</i></p> <p>Cuestionario de Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire, IBSQOL)</p> <p>Medida de la Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Measure, IBS-QOL)</p> <p>Cuestionario de Calidad de Vida de los Trastornos Funcionales Digestivos (Functional Digestive Disorder Quality of Life Questionnaire, FDDQL)</p> <p>Cuestionario del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Questionnaire, IBSQ)</p> <p>Síndrome del Intestino Irritable-36 (Irritable Bowel Syndrome-36, IBS-36)</p>

Sin embargo, en otros estudios realizados con *Lactobacillus casei* cepa GG comparado con placebo no se obtuvo mejoría. Esto nos hace pensar que no todos los probióticos tienen la misma función ni son efectivos en el mismo tipo de patologías, y que existen cepas específicas que pueden ser beneficiosas para el tratamiento de distintas enfermedades, entre ellas el SII. Todavía son pocos los estudios realizados al respecto y serán necesarios más datos antes de sacar conclusiones definitivas, pero las expectativas son esperanzadoras³¹.

CALIDAD DE VIDA EN EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

El SII puede parecer una enfermedad aparentemente banal por no acompañarse de lesiones orgánicas evidentes. Sin embargo, las molestias que produce en algunos pacientes son muy importantes y condicionan de gran manera su vida habitual (fig. 1). Para poder evaluar el impacto personal de este síndrome es de especial interés conocer sus efectos sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Instrumentos que miden la calidad de vida relacionada con la salud en el síndrome del intestino irritable

Como en otras enfermedades, la CVRS puede valorarse utilizando cuestionarios genéricos o específicos (tabla I). Los instrumentos genéricos con los que se ha evaluado la CVRS en el SII han sido fundamentalmente el SF-36 (Short-Form 36), el Perfil de Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile, SIP) y el Índice de Bienestar General Psicológico (Psychological General Well-Being Index, PGWB).

En lo que respecta a los instrumentos específicos con los que evaluar la CVRS en el SII, se han desarrollado varios durante los últimos años. A continuación se revisan los aspectos fundamentales de los más importantes:

— *Cuestionario de Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire, IBSQOL)*^{32,33}. Este instrumento contiene 30 ítems que engloban 9 dominios: función emocional, salud mental, sueño, energía, funcionamiento físico, dieta, papel social, papel físico y relaciones sexuales.

— *Medida de la Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Measure, IBS-QOL)*³⁴. Este cuestionario incluye la frecuencia de las molestias digestivas y su repercusión personal, la medición del estado funcional general y del bienestar, así como la percepción de la CVRS directamente relacionada con el SII. Consiste en 34 ítems divididos en 8 subescalas: disforia, interferencia con las actividades habituales, imagen corporal, preocupación por la salud, limitaciones dietéticas, reacciones sociales, funcionamiento y relaciones sexuales.

— *Cuestionario de Calidad de Vida de los Trastornos Funcionales Digestivos (Functional Digestive Disorder Quality of Life Questionnaire, FDDQL)*³⁵. Instrumento dirigido no sólo al SII, sino también a otros trastornos funcionales digestivos, aunque más específicamente al SII y la dispepsia funcional. Tiene 43 ítems con 8 dominios: actividades diarias, ansiedad, sueño, dieta, malestar, tolerancia de la enfermedad, control de la enfermedad y estrés.

— *Cuestionario del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Questionnaire, IBSQ)*³⁶. Consta de 26 ítems divididos en 4 áreas: síntomas intestinales, fatiga, limitaciones en la actividad y disfunción emocional.

— *Síndrome del Intestino Irritable-36 (Irritable Bowel Syndrome-36, IBS-36)*³⁷. Es un cuestionario con 36 preguntas que se valoran con una puntuación del 1 al 7 de acuerdo con una escala de Likert. Parece ser un buen instrumento y fácil de autoadministrar, pero en la actualidad de él sólo se obtiene un único valor total sin que se hayan definido dominios específicos.

Otros cuestionarios que evalúan distintos aspectos de la repercusión personal del SII son los desarrollados por Poitras et al³⁸ en Canadá o por Francis et al³⁹ en Manches-ter.

Recientemente se ha desarrollado y validado un cuestionario específico para valorar los síntomas del SII⁴⁰. Este cuestionario se correlaciona de forma adecuada con los valores de la CVRS y parece ser un buen instrumento de evaluación psicométrica. Incluye 13 ítems que se relacionan con la saciedad, el dolor abdominal, la diarrea, el estreñimiento y la distensión.

Tal como se observa tras esta somera revisión, son bastantes los cuestionarios que se han utilizado para valorar la CVRS, o aspectos relacionados, en el SII. En realidad, es posible que sean demasiados, hecho que no es bueno y que pudiera indicar que ninguno es verdaderamente idóneo, que ninguno es aceptado de forma general, o al deseo por parte de los investigadores y las compañías farmacéuticas de desarrollar cada uno su propio cuestionario de CVRS.

¿Hasta que punto está afectada la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con síndrome del intestino irritable?

Diversos estudios han demostrado que los pacientes con SII tienen una peor calidad de vida que la población general (fig. 2). Mediante la utilización del SF-36 se ha comprobado que la CVRS está afectada tanto en los pacientes con SII que acuden a un hospital terciario como en los que pertenecen a asociaciones de pacientes^{40,41}; aquellos que son visitados en centros de atención primaria también sufren una peor calidad de vida que la población general⁴³. Otro aspecto interesante es que, a pesar de lo que pudiera parecer, la CVRS se afecta de forma semejante en las personas mayores y en los jóvenes con SII⁴⁴. Se ha observado que existe una relación entre la intensidad de los síntomas del SII y el grado de deterioro de la CVRS⁴⁵. Las personas que consultan al médico tienen una peor calidad de vida que las que no lo hacen⁴⁶, y los que acuden a un centro hospitalario peor que los que acuden a atención primaria⁴⁷. En relación con este punto, en un excelente trabajo publicado en *Annals of Internal Medicine* en 2001 se concluyó que tanto la intensidad de los síntomas digestivos como el estado psicológico parecen influir en la CVRS⁴⁸. Además, la calidad de vida percibida se relaciona con la representación propia de la enfermedad y con la capacidad de tolerancia y adaptación; así, un menor control se acompaña de una peor CVRS, menor satisfacción con el estado de salud y mayores índices de depresión⁴⁹.

Tal como se ha dicho anteriormente, el SII se divide en 3 subtipos dependiendo de cuál sea el hábito deposicional predominante. La CVRS está disminuida de forma semejante en el SII-estreñimiento, el SII-diarrea y el SII-alternante (fig. 3), aunque en el subtipo con hábito deposicional alternante la frecuencia de dolor es mayor así como el número de visitas médicas⁶.

Sí es importante tener en cuenta que la CVRS puede diferir de acuerdo con cuáles sean los criterios utilizados para definir el SII. De tal forma, la calidad de vida es peor en los sujetos que cumplen los criterios de Roma II que en los que sólo cumplen los de Roma I². A su vez, la altera-

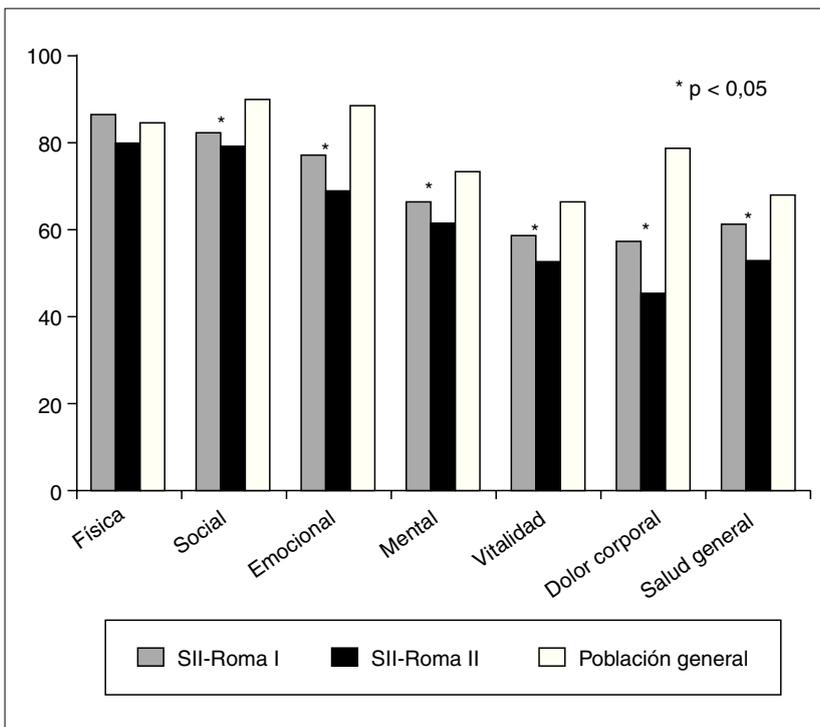


Fig. 2. Comparaci3n de la calidad de vida en pacientes con s3ndrome del intestino irritable (tanto aquellos que cumplen criterios diagn3sticos de Roma II como los que s3lo cumplen los de Roma I) con la poblaci3n general seg3n el cuestionario SF-36. SII: s3ndrome del intestino irritable.

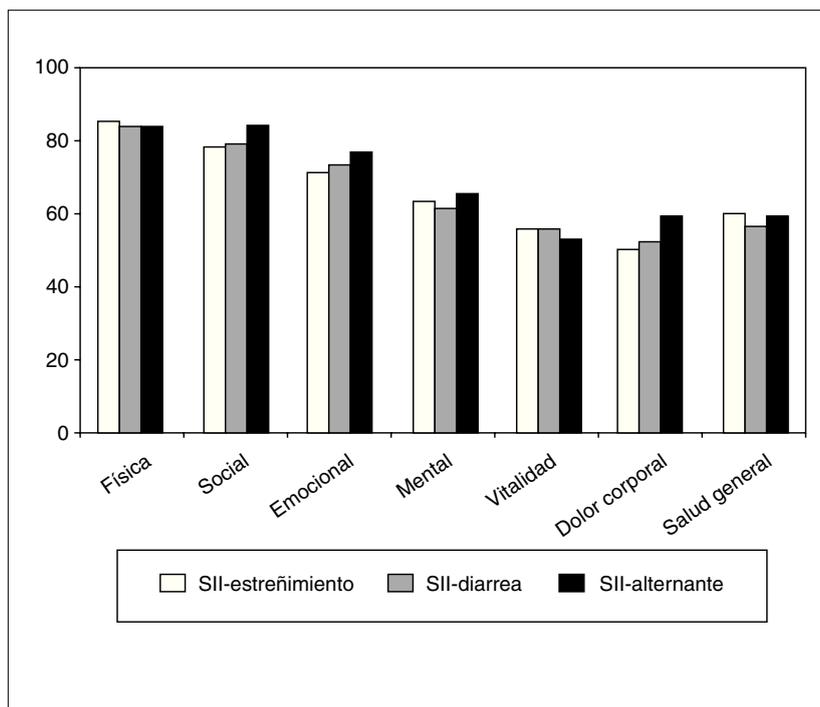


Fig. 3. La calidad de vida est3 alterada de forma semejante en pacientes con los distintos subtipos de s3ndrome del intestino irritable (SII): SII-estreñimiento, SII-diarrea o SII-alternante.

ci3n de la CVRS puede ser diferente en distintos pa3ses; por ejemplo, utilizando los mismos criterios de valoraci3n cl3nica y el SF-36 como cuestionario gen3rico de calidad de vida y el IBSQOL como cuestionario espec3fico, se observ3 que el efecto del SII sobre la CVRS era mayor en el Reino Unido que en Estados Unidos⁴².

Comparaci3n de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con s3ndrome del intestino irritable y los que presentan otras enfermedades

Utilizando el cuestionario SF-36 Galnek et al⁴¹ observaron que los pacientes con SII visitados en un centro ter-

ciario tenían una calidad de vida peor que aquéllos con enfermedad por reflujo gastroesofágico, diabetes o insuficiencia renal. Otros estudios también han demostrado la alteración de la CVRS en pacientes con SII y la han comparado con otras enfermedades; nuevamente se demostró una calidad de vida peor que en los que tienen enfermedad por reflujo gastroesofágico, asma o migraña, pero mejor que los que sufren trastornos de pánico o artritis reumatoidea⁵⁰.

Una enfermedad con la que resulta apeteblemente comparable el SII es la enfermedad inflamatoria intestinal; cuando se establece esta comparación el resultado es que el índice de bienestar general es peor en el SII que en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en remisión⁵¹.

La calidad de vida relacionada con la salud como medición de la respuesta terapéutica en el síndrome del intestino irritable

Se han utilizado varios cuestionarios de CVRS para valorar las respuestas a diversos tratamientos en el SII. Mediante el IBSQOL se comprobó la eficacia clínica del alosetrón en mujeres con SII y predominio de diarrea⁵². No obstante, tal como se ha mencionado anteriormente en la sección de tratamiento del SII, los efectos adversos producidos por este fármaco han impedido su utilización generalizada en la práctica clínica. A su vez, el FDDQL se empleó para evaluar la eficacia de la fedotzina en el SII⁵³; mejoró la CVRS pero la respuesta clínica no ha sido lo suficientemente buena para que este fármaco se comercialice.

El IBS-QOL se ha usado para evaluar la respuesta al tratamiento con terapia cognitiva conductual, antidepresivos o placebo^{25,53}. La evaluación de la CVRS también ha servido para demostrar cómo la hipnoterapia mejora no solamente los síntomas del SII, sino además la calidad de vida de los pacientes⁵⁴.

Sirvan como resumen los resultados aparecidos en una revisión sistemática publicada en el año 2002 en que se perseguían 3 objetivos: *a)* examinar la CVRS de los pacientes con SII con respecto a la de la población general; *b)* compararla con la de otras enfermedades, y *c)* evaluar la respuesta de la CVRS con el tratamiento del SII⁵⁵. Trece estudios evaluaban el primer objetivo, 4 el segundo (aunque ninguno se consideró de alta calidad) y otros 4 el tercero (3 de alta calidad). Las conclusiones obtenidas fueron que existe una evidencia razonable de que la calidad de vida está considerablemente alterada en los pacientes con SII moderado o grave, que se altera de una forma semejante a como ocurre con la enfermedad por reflujo gastroesofágico o la depresión, y que la mejoría de los síntomas, especialmente del dolor, se acompaña de un incremento en la CVRS. Por el contrario, son escasos los datos disponibles en el SII leve y no pueden establecerse conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Balboa A, Mearin F. Características epidemiológicas e importancia socioeconómica del síndrome del intestino irritable. *Rev Esp Enf Digest* 2000;92:806-19.
- Mearin F, Badia 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.
- Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17:643-50.
- Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995;142:76-83.
- Badia X, Mearin F, Balboa A, Baró E, Caldwell E, Cucala M, et al. Burden of illness in irritable bowel syndrome (IBS) comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmacoeconomics* 2002; 20:749-58.
- Mearin F, Balboa A, Badia X, Baró E, Caldwell E, Cucala M, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:165-72.
- Manning AP, Thomson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;2: 653-4.
- Taub E, Cuevas JL, Cook EW, Crowell M, Whitehead WE. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis. Gender and race comparisons. *Dig Dis Sci* 1995;40:2647-55.
- Thompson WG, Creed F, Drossman DA, Heaton KW, Mazzacca G. Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterology International* 1992;5:75-91.
- Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Mueller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(Supl 2):43-7.
- Mearin F, Baró E, Roset M, Badia X, Zárate N, Pérez I. Clinical patterns over time in irritable bowel syndrome: symptom instability and severity variability. *Am J Gastroenterol* 2004;99:113-21.
- Mertz H, Naliboff B, Munakata J, Niazi N, Mayer EA. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995;109:40-52.
- Whitehead WE, Palsson OS. Is rectal pain sensitivity a biological marker for irritable bowel syndrome: psychological influences on pain perception. *Gastroenterology* 1998;115:1263-71.
- Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997;112:2120-37.
- Harvey RF, Read AE. Effect of cholecystokinin on colon motility and symptoms in patients with the irritable bowel syndrome. *Lancet* 1973;1:1-3.
- Kellow JE, Eckersley CM, Jones MP. Enhanced perception of physiological intestinal motility in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;101:1621-7.
- Abadía C, Mearin F. Gastroenteritis aguda y síndrome del intestino irritable. *Gastroenterología Práctica* 2001;10:33-4.
- Pace F, Coremans G, Dapoigny M, et al. Therapy of irritable bowel syndrome. An overview. *Digestion* 1995;56:433-42.
- Poynard T, Naveau S, Mory B, Chaput JC. Meta-analysis of smooth muscle relaxers in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1994;8:499-510.
- Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:355-61.
- Jailwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000;133:136-47.
- Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997;112:2120-37.
- Talley NJ, Owen BK, Boyce P, Paterson K. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled treatment trials. *Am J Gastroenterol* 1996;91:277-86.

24. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45(Suppl 2):25-30.
25. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003;125:19-31.
26. Camilleri M, Mayer EA, Drossman DA, et al. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5-HT₃ receptor antagonist. *Aliment Pharmacol Ther* 1999;13:1149-59.
27. Stacher G. Cilansetron. *Solvay. Curr Opin Investig Drugs* 2001;2:1432-6.
28. Müller-Lissner SA, Fumagalli I, Bardhan KD, Pace F, Pecher E, Nault B, et al. Tegaserod, a 5-HT₄ receptor agonist, relieves symptoms in irritable bowel syndrome patients with abdominal pain, bloating and constipation. *Aliment Pharmacol Ther* 2001;15:1655-66.
29. Houghton LA, Rogers J, Whorwell, et al. Zimifenacin (UK-76,654) a potent gut M3 selective muscarinic antagonist, reduces colonic motor activity in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:561-8.
30. Quigley E, O'Mahony L, McCarthy J, Kelly P, Collins JK, Shanahan F, et al. Probiotics for the irritable bowel syndrome (IBS): a randomized, double blind, placebo-controlled comparison of lactobacillus and bifidobacterium strains. *Congreso Americano de Gastroenterología* 2002.
31. Villanueva A, Domínguez-Muñoz JE, Mearin F. Update in the therapeutic management of Irritable bowel syndrome. *Dig Dis* 2001;19:244-50.
32. Hahn BA, Kichdoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:547-52.
33. Badia X, Herdman M, Mearin F, Pérez I. Adaptación al español del cuestionario IBSQOL para la medición de la calidad de vida en pacientes con síndrome del intestino irritable. *Rev Esp Enf Dig* 2000;92:637-43.
34. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in person with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998;43:400-11.
35. Chassany O, Marquis P, Scherrer B, et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders. *Gut* 1999;44:527-53.
36. Wong E, Guyatt GH, Cook DJ, Griffith LE, Irvine EJ. Development of a questionnaire to measure quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Surg* 1998;164(Suppl):50-6.
37. Groll D, Vanner SJ, Depew WT, et al. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2002;97:962-71.
38. Poitras MR, Verrier P, So C, Paquet S, Bouin M, Poitras P. Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders: development of new measures for symptom severity and quality of life. *Dig Dis Sci* 2002;47: 1297-307.
39. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel syndrome severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:395-402.
40. Wiklund IK, Fullerton S, Hawkey CJ, Jones RH, Longstreth GF, Mayer EA, et al. An irritable bowel symptom questionnaire development and validation. *Scand J Gastroenterol* 2003;38: 947-54.
41. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000;119:654-60.
42. Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion* 1999;60:77-81.
43. Akehurst RL, Brasier JE, Mathers N, et al. Health-related quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting. *Pharmacoeconomics* 2002;20:455-62.
44. O'Keefe EA, Talley NJ, Zinsmeister AR, Jacobsen SJ. Bowel disorders impair functional status and quality of life in the elderly: a population-based study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1995;50:184-9.
45. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000;95:67-71.
46. Whitehead WE, Burnett CK, Cook EW III, Taub, E. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Dig Dis Sci* 1996; 41:2248-53.
47. Simrén M, Abrahamsson H, Swedlung J, Björnsson ES. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36:545-52.
48. Creed F, Ratcliffe J, Fernández L, Tomenson B, Palmer S, Rigby C, et al. Health-related quality of life and health care cost in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Ann Intern Med* 2001;135:860-8.
49. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol* 2002;7:377-91.
50. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Cielsa G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther* 2002;24:675-89.
51. Simrén M, Axelsson J, Gillberg R, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson E. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol* 2002; 97:389-96.
52. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Duckes GE, McSorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomized, placebo-controlled trial. *Lancet* 2000;355:1035-40.
53. Drossman DA, Patrick DL, Whitehead WE, et al. Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life. *Am J Gastroenterol* 2000;95:999-1007.
54. Gonsalkorale WM, Houghton LA, Whorwell PJ. Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *Am J Gastroenterol* 2002;97:954-61.
55. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among person with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1171-85.