

Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados

Carlos Cornejo Zapata¹; Juan Villarreal Menchola².

RESUMEN

El síndrome de intestino irritable (SII) y la depresión son desórdenes frecuentes en la práctica médica. Existe una elevada frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en los pacientes con SII. Los objetivos del presente estudio son describir la prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos (SII) y de síntomas depresivos en pacientes internados en el Hospital Arzobispo Loayza y estudiar la relación entre dichos síntomas. Realizamos un estudio de tipo transversal de prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos y de síntomas depresivos, así como un análisis de casos y controles para estudiar la relación entre los síntomas ya descritos. Se realizaron encuestas a 282 pacientes, en cada encuesta se describían los criterios de Roma II y el Inventario de Beck. Hallamos 67.4% de casos con síntomas depresivos y 31.9% de casos con síntomas de SII. En 24.1% de pacientes se encontró asociación significativa entre síntomas depresivos y gastrointestinales bajos ($p < 0.05$). Concluimos que los síntomas depresivos y gastrointestinales bajos tienen una alta frecuencia en pacientes hospitalizados y que hay asociación significativa entre ellos.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de intestino irritable, depresión.

SUMMARY

Irritable bowel syndrome (IBS) and depression are frequent disorders in medical practice. There is a high frequency of psychiatric diagnosis in IBS. The objectives of this study are to describe prevalences of lower gastrointestinal symptoms (IBS) and of depressive symptoms on hospitalized patients in Arzobispo Loayza Hospital and to study the relationship between those symptoms. We did a transversal study of prevalence of lower gastrointestinal symptoms and of depressive symptoms and a case-control analysis to study the relationship between the already described symptoms. We interviewed 282 patients, and in every interview the Rome II criteria and Beck's self evaluation scale, were described. We found a 67.4% of cases with depressive symptoms and a 31.9% of IBS symptoms. There was found a significant association in 24.1% of patients between depressive and lower gastrointestinal symptoms ($p < 0.05$). We conclude the depressive symptoms and lower gastrointestinal symptoms have a high frequency in hospitalized patients and that there is a significant association between them.

KEY WORDS: Irritable Bowel Syndrome, depression.

¹ Médico Residente. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Médico Asistente. Departamento de Medicina. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome del Intestino Irritable (SII), es un cuadro crónico y recidivante caracterizado por dolor abdominal y/o cambios en el ritmo intestinal, acompañados o no de sensación de distensión abdominal sin que se demuestre una alteración en la morfología o en el metabolismo intestinal, ni causas infecciosas que lo justifiquen.⁽¹⁾ Afecta a un 3-25% de la población mundial,⁽²⁾ y en el Perú, estudios la evidencian entre 22 y 26%.⁽²⁾ Se calcula que entre 30-70% de las consultas por problemas digestivos son debidas a esta entidad, lo que la convierte en el desorden más común de la práctica gastroenterológica.⁽³⁾ Es dos veces más frecuente en mujeres, en adolescentes y en adultos jóvenes. Se diagnostica por la presencia de síntomas característicos al menos durante tres meses, cuando el paciente consulta o toma medicación para ello, y siempre que se alteren sus condiciones o estilo de vida,^(4,5) y por exclusión de patología orgánica. Esta patología simula otras que pueden ser incluso causa de intervenciones quirúrgicas.

La depresión también es muy prevalente en la población general. Constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta psiquiátrica en asistencia primaria, con el 8 a 10% de las visitas a médicos generales y 20% de la consulta psiquiátrica.⁽⁶⁾ Entre las características que predisponen a depresión, también está el sexo femenino (casi 2 veces más riesgo), parientes en primer grado con depresión (2 a 3 veces más riesgo)⁽⁷⁾, y periodo post parto⁽⁷⁾.

En el SII se reporta asociación con trastornos psiquiátricos (54-100%), siendo lo más frecuente ansiedad y depresión⁽⁸⁾. Los pacientes con SII suelen acudir al médico luego de un problema de estrés, depresión, pérdida laboral o algún otro evento estresante⁽⁹⁾. No conocemos estudios que asocien estas dos patologías en ambientes hospitalarios y siendo ambas tan frecuentes, nos llama la atención que no se diagnostiquen más en un medio hospitalario extenso como el Hospital Arzobispo Loayza (HAL).

Los objetivos del presente estudio fueron: a) describir prevalencias de síntomas gastrointestinales bajos (SII) y de síntomas depresivos en pacientes internados en el HAL, y b) estudiar la relación entre síntomas gastrointestinales bajos (SII) y de síntomas depresivos en pacientes internados en el HAL.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño:

Se realizó un estudio de prevalencias para cumplir con el primer objetivo y un estudio de caso-control para el segundo objetivo.

Población:

Pacientes internados en los servicios de Medicina y Cirugía del HAL.

Criterios de Inclusión:

a) Individuos de 18 años o más; b) Sin tratamiento antidepressivo; y c) Que accedan voluntariamente a resolver el cuestionario de autoevaluación.

Criterios de exclusión:

a) Enfermedad psiquiátrica; b) Enfermedad gastrointestinal demostrada.

Muestra:

La recolección de los datos la realizaron desde julio 2003 a abril 2004, 2 encuestadores (el autor del trabajo y una ex interna del hospital). Se realizó un muestreo al azar, multietapas, en los pabellones de medicina y de subespecialidades quirúrgicas del Hospital. Se encuestaba a un paciente por pabellón por día. Se realizaron 282 encuestas. No se tomó en cuenta la cantidad de pacientes abordados para la encuesta, muchos no la aceptaron por apatía por la enfermedad de fondo, porque no les interesaba el estudio, por poco entendimiento por nivel de Instrucción muy bajo, y/o falta de tiempo.

Herramientas:

Se utilizaron 2 encuestas simultáneas por única vez por encuestado. A los pacientes con mayor nivel de instrucción y comprensión se les entregaba la encuesta, se les instruía para que la resolvieran de modo personal, y se les explicaba alguna pregunta que no comprendiera. A los otros pacientes se les hacía directamente cada pregunta.

Criterios de Roma II:

Presencia de molestias o dolor abdominal durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas) en los últimos 12 meses y que se acompañe de dos o más de los siguientes hechos: a) alivio con la defecación; b) asociación con cambios en la frecuencia de las deposiciones, o c) asociación con cambios en la consistencia de las deposiciones.

Inventario de Beck:

Cuestionario de autoevaluación con la siguiente graduación: >10 puntos, síntomas depresivos leves; 17-30, síntomas depresivos moderados; >30, síntomas depresivos severos.

Definiciones:

Caso: Todo paciente con puntaje > 2 en los Criterios de Roma II.

Control: Todos los entrevistados que no cumplían con los criterios para ser Caso.

Análisis de resultados: Los datos fueron manejados en el programa estadístico SPSS v. 12.0. Se consideraron variables discretas: grado de instrucción, servicios de hospitalización, SII y depresión. La variable edad se procesó como variable discreta. Se estimó la prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos, según los Criterios de Roma II, y la prevalencia de síntomas depresivos leves, moderados o severos, para el total de 282 encuestados. El análisis estadístico se hizo mediante la prueba de chi-cuadrado. Se consideró significancia estadística si la $p < 0.05$. El intervalo de confianza fue de 95%.

RESULTADOS

Se estudió un total de 282 pacientes. La edad promedio fue 39.1 ± 14.2 años. El rango fue de 18 a 82 años. 154 pacientes (54.6%), procedió de los servicios de cirugía.

El 31.9% de entrevistados presentaron síntomas de SII (Tabla 1). No hubo relación significativa entre síntomas de SII y servicios de hospitalización. El 77.8% de los casos con síntomas de SII se presentó entre los 18 y 48 años de edad, con una incidencia un poco mayor entre los 26 y 40 años.

Encontramos 67.4% de entrevistados con síntomas depresi-

vos (Tabla 2). El 59.2% tenía síntomas depresivos leves y moderados. En medicina el 69.5% de entrevistados presentó síntomas de depresión, mientras que esto ocurrió en el 65.6% de los pacientes de cirugía. 75.8% de los síntomas depresivos se distribuyeron de modo bastante homogéneo en el intervalo de edad de 18 a 48 años.

De todos los pacientes que tuvieron síntomas de SII, el 75.5%

TABLA 1.- FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DE SII

	N	%
Con síntomas de SII	90	31.9
Sin síntomas de SII	192	68.1
Total	282	100

tuvieron, además, síntomas de depresión. De todos los pacientes que tuvieron síntomas de depresión, el 35.8% presentaron, además, síntomas de SII. Cuando cruzamos síntomas depresivos y síntomas de SII, encontramos una asociación significativa ($p < 0.05$), con 24.1% de pacientes que presentaban ambos tipos de síntomas (Tabla 3).

TABLA 2.- FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

	N	%
No síntomas depresivos	92	32.6
Depresión leve	80	28.3
Depresión moderada	87	30.8
Depresión severa	23	8.1
Total	282	100

DISCUSIÓN

La etiología del SII es aún materia de investigación. Se ha abordado desde el ámbito médico y el psicológico en busca de un patrón de motilidad o de un perfil psicológico característico,⁽¹⁰⁾ pero no se ha encontrado una pauta específica. Se ha encontrado hipersensibilidad visceral a la distensión en el 90-94% de pacientes.^(11,12) En la actualidad, los factores psicosociales son de mayor relevancia en la etiología del SII, siendo que es considerado un

TABLA 3.- ASOCIACIÓN ENTRE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y SII

	SII		Total
	Si	No	
Depresión	68 (24.1%)	122 (43.2%)	190
No depresión	22 (7.8%)	70 (24.8%)	92
Total	90	192	282

$p < 0.05$

trastorno psicofisiológico.⁽¹³⁻¹⁵⁾ Algunos postulan que en su fisiopatología interviene la dieta,^(14,16,17) cambios endocrinológicos y/o alteraciones de la flora intestinal.^(18,19) Hay estudios contradictorios acerca del suplemento de fibra en el tratamiento del SII, pero se sabe que la intolerancia a la lactosa, el consumo excesivo de

cafeína y otras sustancias podrían intervenir en forma importante.⁽²⁰⁾

Es probable que exista relación entre estas patologías como resultado de alteraciones en el eje "cerebro-intestino" que se refiere a la compleja interacción neuronal entre el cerebro y el intestino; en el que la serotonina es un factor importante.⁽²¹⁾

El diagnóstico aún se realiza, entre otros criterios, por exclusión de patología orgánica. Manning en 1978⁽⁴⁾ y el Consenso de Roma II,⁽⁵⁾ definieron unas características asociadas al dolor que permiten diferenciarlo del que ocurre en enfermedades orgánicas del aparato digestivo. Los criterios de Roma II han sido validados en varios estudios clínicos controlados, encontrándose una sensibilidad de 63%, especificidad de 100%, valor predictivo positivo de 100% y negativo de 76%. Poseen un buen desempeño, permiten un proceso más costo-efectivo, no disminuyen la asertividad del proceso diagnóstico.⁽²⁾ Talley y Vanner encontraron a los criterios de Manning más sensibles que los de Roma II 76% vs 65%; pero menos específicos 80% vs 100%⁽²⁾. Esto motivó que se escogiera los criterios de Roma II para este estudio. Aún así, los criterios de Roma II no bastan para hacer el diagnóstico certero de SII, por eso se utiliza el término "Síntomas de SII" en este estudio.

La depresión puede condicionar síntomas somáticos o "equivalentes depresivos", cuyas manifestaciones desorientan al médico sobre enfermedades orgánicas, sobre todo concernientes al aparato digestivo.⁽²²⁾ Perales,⁽²³⁾ encontró una prevalencia de 11.7% para los trastornos afectivos, y de 6.9% para episodios depresivos mayores, en una población general de nivel socioeconómico bajo. El inventario de Beck permite diferenciar entre depresión leve, moderada y severa; y ha sido validado en estudios nacionales.⁽²⁴⁾

Existen varios estudios que muestran asociación de SII y depresión en la población general, investigadores psiquiátricos han encontrado que 94% de pacientes con SII tienen historia de una enfermedad psiquiátrica mayor.⁽²⁵⁾ Hislop encontró relación entre el SII y depresión en ambientes ambulatorios.⁽²⁶⁾ Campos y col.⁽²⁷⁾ encontraron una prevalencia de síntomas gastrointestinales bajos de 26% y de síntomas depresivos de 29.7%, en una población de nivel socioeconómico alto, encontrando asociación significativa entre ellos; Ayala y col.,⁽²⁸⁾ encontraron una prevalencia aún más alta de SII (37.2%), en nivel socioeconómico bajo.

Nosotros encontramos una alta prevalencia de síntomas de SII y de depresión en esta población hospitalizada, y encontramos una relación significativa entre los 2 grupos de síntomas. Estos resultados nos deben hacer reflexionar acerca del impacto que podrían estar teniendo ambas patologías en las molestias que presentan los pacientes durante su hospitalización, y que podrían sumarse, o no corresponder, a la enfermedad orgánica que motivó su ingreso; en cuántos de estos pacientes los síntomas de la presunta enfermedad de fondo se pueden ver modificados por los síntomas accesorios de la depresión o del SII, confundiendo a sus médicos tratantes y, aún cuando no ocurriera esto último, cuántos de estos pacientes podrían tener una mejor calidad de vida si se atendiera la necesidad mínima de tratamiento de ambas entidades, generalmente no identificadas por sus médicos tratantes.

Finalmente, debemos reconocer que una de las dificultades en este estudio fue el tipo de paciente que abordamos, con un nivel de instrucción y comprensión bajo. Tampoco pudimos considerar la

prevalencia en cuanto a sexo pues el HAL es aún un hospital de predominante concurrencia femenina.

Concluimos que la prevalencia de síntomas de SII en la población estudiada fue de 31.9%, y la de síntomas depresivos de 67.4%. Encontramos relación estadística significativa en 24.1% de pacientes que presentaban ambos tipos de síntomas. Sugerimos buscar más sistemáticamente ambas patologías entre nuestros pacientes para tratarlas en la medida de lo posible.

REFERENCIAS

- LEÓN BARÚA R. Definición de lo que se acepta por trastorno digestivo «funcional». *Arq Gastroent (Sao Paulo)* 1980; 17(3):161-166.
- SORIANO ALVAREZ, C. Intestino Irritable: Cuadro clínico y diagnóstico. *Revista Diagnóstico Set-Dic* 2003; 42(5 y 6).
- CHAUDHERY NA, TRUELOVE SC (1962). The Irritable Colon Syndrome: A study of the clinical features, predisposing Causes and Prognosis in 130 Cases. En: *Quarterly J of Med* 1962; 31:307-323.
- MANNING AP, THOMPSON WG, HEATON KW, y col. Towards positive diagnosis of the irritable bowel syndrome. *BMJ* 1978;2 :653-4.
- DROSSMAN DA, CORAZZIARI E, TALLEY NJ, y col. Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders. Diagnosis, Pathophysiology and Treatment: A Multinational Consensus. McLean, VA: Degnon Associates; 2000.
- SERRANO F. Depresión en enfermedades médicas. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino.
- VEGA J. La Depresión. Médico-Psiquiatra. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Asociación Psiquiátrica Peruana <http://www.app.org.pe/index.htm> .
- CREED, CRAIG Y FAMER, 1988; Ritcher, Obrecht, Bradley, Young y Anderson, 1986.
- KLERMAN G. Increasing rates of depression. *JAMA* April 21, 1989;261(15):2229-35.
- GOUDSMIT E, GADD R. The psychologisation of illness. *Psychologist* 1991;4: 449-53.
- MERTZ H, NALIBOFF B, MUNAKATA J, y col. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel síndrome. *Gastroenterology* 1995;109: 40-52.
- BOUIN M, PLOURDE V, BOIVIN M, y col. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. *Gastroenterology* 2002; 122:1771-7.
- KELLOW JE, PHILLIPS SF, MILLER LJ, y col. Dismotility of the small intestine in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1988; 29:1236-43.
- LYNN RB, FRIEDMAN LS. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 1993;329: 1940-5.
- GUTHRIE E, CREED F, DAWSON D, y col. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991;100:450-7.
- JONES VA, MCLAUGHLAN P, SHORTHOUSE M, y col. Food intolerance: a major factor in the pathogenesis of irritable bowel syndrome. *Lancet* 1982;2:1115-7.
- NANDAR, JAMES R, SMITH H, y col. Food intolerance and the irritable bowel syndrome. *Gut* 1989;30:1099-104.
- NEAL KR, HEBDEN J, SPILLER R. Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: postal survey of patients. *BMJ* 1997;314:779-82.
- MCKENDRICK MW, READ NW. Irritable bowel syndrome—post salmonella infection. *J Infect* 1994;29:1-3.
- NOBAEK S. Alteration of intestinal microflora is associated with reduction in abdominal bloating and pain in patients with Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroent* 2000; 95(5).
- FARTHING JG. Irritable bowel, irritable body, or irritable brain? *BMJ* 1995;310: 171-5.
- DELGADO H. Anormalidad de las tendencias instintivas. Curso de Psiquiatría. Sexta edición. Lima-Perú. Fondo editorial UPCH. 1993:83-100.
- PERALES A. Epidemiología psiquiátrica en el Perú. *Anales de Salud Mental* 1995; XI:9-29.
- BECHL. Correlation between clinical assessment Beck's self rating scale and Hamilton's objective rating scale. *Acta Psychiat Scand* 1975; 51:161-4.
- LYDIARD RB. Anxiety and the irritable bowel syndrome. *Psychiatr Ann* 1992;22: 612-8.
- HISLOP P. Psychological significance of the irritable colon syndrome. *Gut* 1971; 12(6): 452-7.
- CAMPOS HG, VILLARREAL MJ, CORNEJO ZC, y col. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Revista de Gastroenterología del Perú* 2001; 21(3):198-204.
- AYALA E, LEÓN BARÚA R, BERENDSON R, y col. Depression and irritable bowel in a peruvian population. Abstract. 24th International Congress of Internal Medicine 1998, Lima. Perú.