



● *Síndrome del intestino irritable*

Estopà Dueso J¹, Jorquera F², Santos Martín C¹, Veiga Fernández CT¹

¹Centro de Salud José Aguado. León

²Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario de León

■ INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) es una enfermedad funcional digestiva crónica, benigna y recurrente de más de tres meses de evolución, caracterizada por malestar o dolor abdominal asociado a alteraciones del tránsito intestinal o distensión abdominal, sensación de evacuación incompleta, eliminación de moco con las heces y otros síntomas digestivos y extra-digestivos, no atribuibles a otra enfermedad digestiva. El cuadro se presenta sin causas estructurales, metabólicas o infecciosas identificables^{1,2}. La utilización de los términos colon irritable o colon espástico no son del todo correctos, ya que el colon no es necesariamente el único tramo digestivo involucrado en este síndrome³. Forma parte del grupo de los trastornos gastrointestinales funcionales y se asocia con frecuencia a otros trastornos como la fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, alteraciones de la articulación temporomandibular o el dolor pélvico crónico⁴.

● EPIDEMIOLOGÍA

El SII presenta una elevada prevalencia en el mundo occidental. En España entre el 2,3 y el 12,1% de los sujetos adultos refiere síntomas compatibles con este diagnóstico según los criterios utilizados; destaca una mayor prevalencia en sujetos jóvenes entre 20 y 40 años y en el sexo femenino, en una proporción de 2/1 respecto al masculino^{1,2,5}. El 9,5% de los motivos de consulta en APS se debe a problemas gastroenterológicos; de ellos el SII supuso el 29,8%, lo que representa un 3% del total. Se estima

que un 29% de los pacientes con SII es remitido a la consulta del especialista⁶.

En España aproximadamente la mitad de los sujetos con SII solicita atención médica. Las variables que influyen en la consulta son el dolor, el sexo y factores socioculturales y psicológicos. Los pacientes con SII que consultan suelen presentar un mayor número de síntomas, habitualmente más graves, una mayor tendencia a solicitar recursos sanitarios, a las somatizaciones y un mayor temor a una enfermedad grave⁷. El inicio de la sintomatología se produce habitualmente en adultos jóvenes y su frecuencia disminuye con la edad. Con el tiempo, más del 30% se convierten en pacientes asintomáticos. Si aparecen por primera vez síntomas compatibles con SII en pacientes mayores de 50 años, deben descartarse otros diagnósticos^{1,2}.

■ FACTORES ETIOLÓGICOS

En la actualidad se concibe el SII como un proceso multifactorial en el que están implicados los factores causales siguientes:

Factores psicosociales

El SII se ha relacionado de forma importante con el estrés, que produce variaciones en las presiones intraluminales colónicas y en el desencadenamiento y/o exacerbación de la sintomatología. También se observa en estos pacientes una conducta anómala de enfermedad crónica y, como consecuencia, un deterioro de la calidad de vida.

Los pacientes con SII presentan alteraciones psiquiátricas, sobre todo depresión y ansiedad, con mayor prevalencia (40-50%) que la población general sana o

con patología orgánica gastroduodenal, aunque no se ha comprobado con los datos disponibles una personalidad anómala.

En algunos estudios se encuentra relación entre SII y abusos sexuales (real, verbal o emocional, en la infancia o en la edad adulta)².

Investigaciones actuales sugieren que los factores psicosociales pueden afectar al SII en términos de predisposición, precipitación de los brotes, búsqueda de los cuidados médicos y perpetuación de los síntomas⁴.

Factores dietéticos

La dieta influye en el desencadenamiento de los síntomas, por lo que es necesaria la realización de una historia dietética detallada y prospectiva y un diario de registro de alimentos ingeridos. Antes de un diagnóstico definitivo de SII, se debe descartar siempre la presencia de intolerancias alimenticias, sobre todo a la lactosa (test de detección de hidrógeno en el aliento)².

La dieta no es la causa, sino solamente un desencadenante⁸. Los distintos ensayos realizados hasta la actualidad revelan el papel limitado de las dietas ricas en fibra y la necesidad de un control dietético individualizado para conseguir identificar los elementos específicos causantes de la clínica⁸.

Otros factores causales

Con menor frecuencia se ha relacionado el SII con malabsorción de ciertos hidratos de carbono, con alergias alimentarias, con anomalías del sistema nervioso autónomo (disfunción vagal en el estreñimiento y disfunción simpática si predomina la diarrea), con variaciones de péptidos digestivos y de la hormona colecistoquinina, con ácidos biliares como el ácido deoxicólico, con interleucinas (IL-1 beta) y con el sistema inmune; no obstante, en ningún caso se han reproducido los hallazgos en estudios controlados².

■ FISIOPATOLOGÍA^{1,9-12}

Se han observado diferencias cuantitativas en la reactividad motora del intestino a estímulos como la distensión o las contracciones junto con un aumento

de la sensibilidad a los mismos. Los factores incriminados en esta patología son:

Factores genéticos

En un estudio de Morris-Yates et al¹³, con 600 gemelos, se concluyó que al menos el 58% de las diferencias individuales en la responsabilidad del desarrollo del SII podría estar bajo control genético.

Alteraciones de la motilidad intestinal

Aunque los estudios manométricos basales son normales, puede observarse una gran variabilidad en todo el tubo digestivo, desde hipotonía en pacientes con diarrea hasta hipertonía asociada al estreñimiento ante determinados estímulos psicológicos, ambientales o gastrointestinales (estrés, comidas, colecistocinina...).

Hipersensibilidad visceral o percepción visceral aumentada

Distintos estudios han demostrado que estos pacientes tienen el umbral del dolor más bajo que las personas sanas ante situaciones como la distensión abdominal, la estimulación eléctrica o el aumento de la motilidad intestinal¹⁴.

La distensión con balón provoca dolor en estos pacientes con un volumen menor que en los individuos sanos.

En otros estudios se ha demostrado un aumento de la percepción de la función motora gastrointestinal normal y un procesamiento central anormal de la sensación dolorosa mediante TEP y RMN funcional.

Hiperreactividad del músculo liso

Desencadenada frente a estímulos diversos: ciertos alimentos, fármacos o por la estimulación parasimpática.

Factores psicosociales

Numerosos trabajos encuentran que el estrés y los trastornos de ansiedad, la depresión, la histeria y la somatización tienen una mayor prevalencia en estos pacientes.



Puede detectarse una historia de abusos físicos y/o sexuales (en más del 40% de las consultas efectuadas por los gastroenterólogos)⁹.

Con frecuencia estos factores psicosociales influyen en el desencadenamiento o en la exacerbación de los síntomas intestinales y en el comportamiento individual ante la enfermedad. A veces, el paciente se focaliza tanto en su padecimiento, que puede incluso desencadenar una cancerofobia.

Los factores psicosociales también influyen en el pronóstico clínico del SII, en la frecuentación médica y en el abuso terapéutico (incluido el autotratamiento), lo que forzará al paciente a la búsqueda de terapias alternativas y dará lugar a cirugías innecesarias^{1,15}.

Por otra parte, se han comunicado alteraciones en los neurotransmisores del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal⁹.

Factores exógenos

Se relacionan con las exacerbaciones del SII, la gastroenteritis aguda^{15,16}, las intolerancias alimenticias y los cambios meteorológicos y hormonales, entre otros.

El 20-30% de los pacientes con SII describe un inicio súbito de sus síntomas tras una gastroenteritis aguda infecciosa (principalmente *Salmonella enteritidis*, *Shigella* y *Campylobacter enteritidis*) y aproximadamente un 30% de pacientes un año después de una gastroenteritis por *Salmonella* presenta sintomatología compatible con SII¹⁷.

■ APROXIMACIÓN BIOPSICOSOCIAL

Un modelo que en la actualidad es utilizado para explicar el SII es el denominado modelo conceptual biopsicosocial, que considera factores fisiológicos (como los mecanismos de modulación del dolor, de regulación autonómica de la motilidad o de la respuesta neuroendocrina), factores del comportamiento (que incluyen la contribución de trastornos psicológicos o psiquiátricos), factores sociofamiliares (como determinados acontecimientos estresantes de la vida, o una historia de abu-

sos físicos o sexuales, o la forma de interacción de la familia con el entorno de la enfermedad) y factores cognitivos (el conocimiento sobre la enfermedad y su comportamiento ante ella, o las estrategias de afrontamiento o adaptación a la realidad, así como el grado de trastorno causado en su vida diaria)⁹.

Además hay que excluir la presencia de alcoholismo, la toma crónica de fármacos, las enfermedades sistémicas y los trastornos metabólicos.

■ ANAMNESIS

Dolor abdominal

Es un síntoma característico del SII y prácticamente constante (se presenta en el 95% de los pacientes). Su inicio suele estar asociado a deseos de defecar o a cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones¹³.

Puede ser difuso o localizado, más frecuentemente en el hemiabdomen inferior e hipocondrio izquierdo.

Habitualmente es de una duración inferior a dos horas, no se irradia, es de tipo cólico, opresivo o punzante, y en general no de gran intensidad; suele respetar el sueño. Una característica discriminativa es su alivio o desaparición tras la defecación.

En las mujeres se exagera con la menstruación^{3,22}.

Alteraciones del hábito intestinal

Las alteraciones del ritmo intestinal se presentan en cerca del 90% de los pacientes con SII. Basándose en los cambios del hábito intestinal, se han descrito varios subgrupos:

- SII con predominio de estreñimiento: es el subgrupo más frecuente y el que se diagnostica habitualmente en las mujeres; las heces son caprinas o acintadas, con mucosidad y sin sangre.

- SII con predominio de diarrea: la diarrea es de características colónicas, es decir, diurna, semilíquida, con gas abundante y urgencia rectal; no se aso-

cia con fiebre, rectorragia ni productos patológicos, aunque puede haber mucorrea.

- Subgrupo mixto: es el patrón deposicional más típico en el SII.

Distensión abdominal

El meteorismo y la distensión abdominales se presentan en el 70-85% de los pacientes con SII.

Puede ser muy llamativa. El paciente se levanta sin distensión abdominal y ésta aumenta a lo largo del día.

Otros síntomas digestivos

Sensación de evacuación incompleta, disfagia ocasional, dolor retroesternal de origen esofágico, saciedad postprandial precoz, náuseas, vómitos, reflujo gastroesofágico, pirosis y/o dispepsia no ulcerosa y halitosis.

Otros síntomas extradigestivos

- Ginecológicos y sexuales: dismenorrea, dispareunia y alteraciones en el sangrado menstrual, dolor pélvico crónico, disminución de la actividad sexual y síndrome premenstrual.

- Urinarios: disuria, polaquiuria, nicturia, urgencia miccional, tenesmo vesical y sensación de evacuación incompleta de la orina.

- Cardiorrespiratorios: palpitaciones, hiperreactividad bronquial y respiración recortada.

- Aparato locomotor: lumbalgia, dolores músculo-esqueléticos (fibromialgia, alteraciones de la articulación temporomandibular), dolor torácico no cardíaco, síndrome de fatiga crónica y dolor de espalda.

- Neuropsiquiátricos: cefalea, inestabilidad, dificultad para conciliar el sueño, letargia, astenia, sensibilidad al calor y al frío, rigidez, depresión mayor o ansiedad generalizada, crisis de pánico y alteraciones somatomorfas.

- Otros: sicca complex (sequedad ocular y bucal).

Todos ellos son causa de consulta, exploraciones y tratamientos médicos y quirúrgicos, realizados innecesariamente por urólogos, ginecólogos o reumatólogos^{22,23}.

■ EXPLORACIÓN FÍSICA

- Palpación abdominal: a menudo es rigurosamente normal, aunque puede encontrarse una "cuerda" cólica palpable y dolorosa y, a veces, un gorgoteo o bazuqueo en fosa ilíaca derecha.

- Tacto rectal: introducción dolorosa del dedo; presión digital dolorosa sobre mucosa rectal; presencia de heces duras en recto o ampolla rectal vacía^{2,22}.

■ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS²⁶

Previamente, dividiremos a los pacientes en dos grupos, que precisarán la realización de pruebas distintas.

- Personas menores de 50 años, que cumplen los Criterios Roma II y no refieren signos ni síntomas de alarma: pueden ser tratados en Atención Primaria sin precisar más exploraciones complementarias; algunos autores recomiendan realizar hemograma (para excluir anemia, leucocitosis o eosinofilia), VSG, bioquímica (glucosa, creatinina, iones y pruebas hepáticas y TSH)²⁴; el análisis de las heces se realiza para descartar, sangre oculta, huevos y parásitos, leucocitos y cantidad excesiva de grasa en los casos de diarrea²⁷.

- Pacientes mayores de 50 años o con algún signo o síntoma de alarma, o los del grupo anterior que no mejoran tras un período razonable de tratamiento (4-6 semanas): solicitar enema opaco o una rectocolonoscopia²⁷.

- Otras exploraciones potestativas: cuando los síntomas sean muy intensos, atípicos y/o persisten o empeoran tras un tratamiento correcto, podría solicitarse: determinación plasmática de calcio, fósforo, amilasa, gastrina y calcitonina; tránsito baritado gastroduodenal y/o endoscopia alta; ecografía abdominal; tomografía computerizada abdominal.

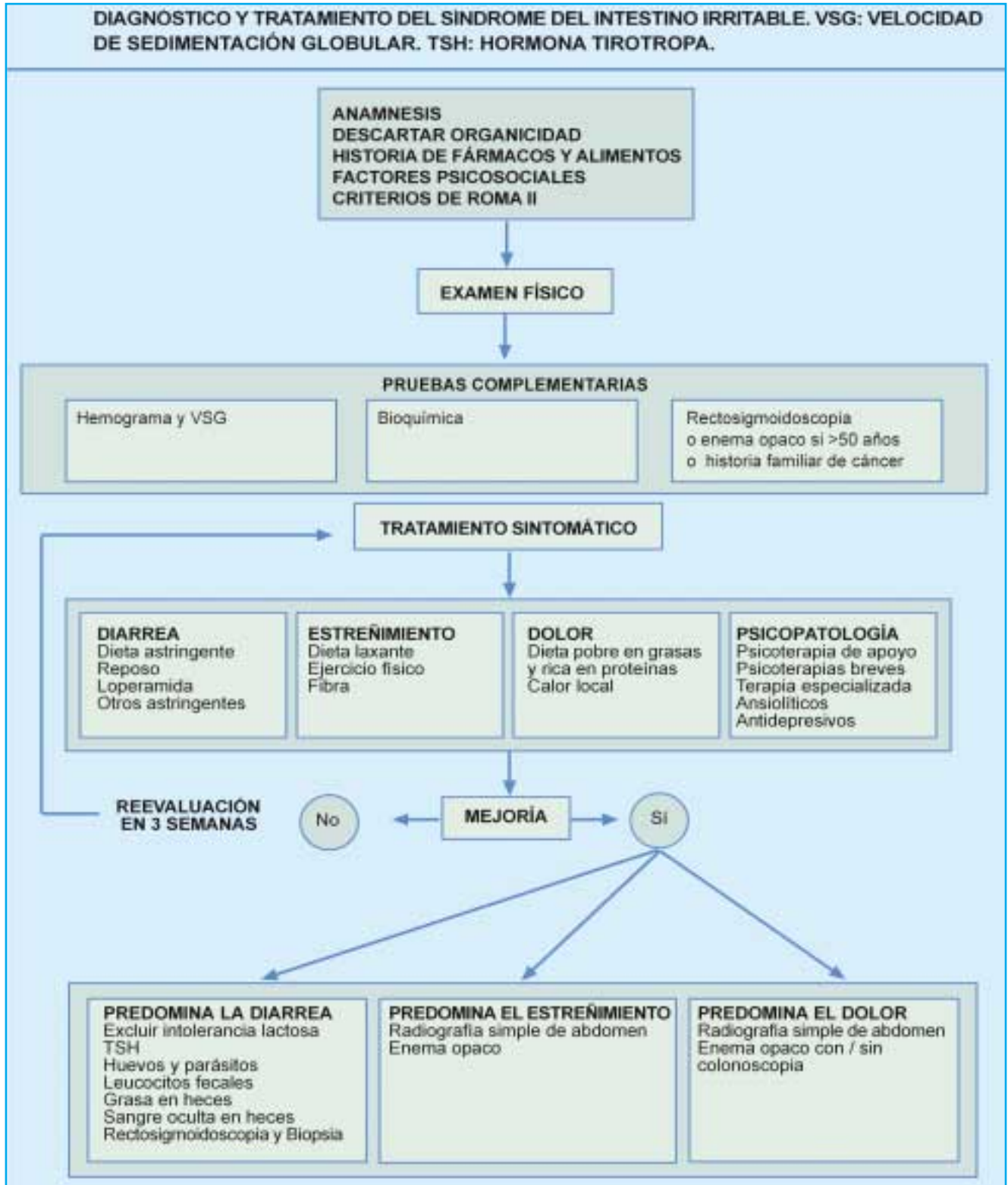


Figura 1

■ ESTUDIOS FISIOPATOLÓGICOS

Se han sugerido anomalías del sistema nervioso autonómico con disfunción vagal en pacientes con predominio del estreñimiento y disfunción simpática si predomina la diarrea.

Hay alteraciones en los niveles basales y postprandiales de distintos péptidos digestivos (motilina, VIP, gastrina). Se sospecha hipersensibilidad del músculo colónico a la CCK y al ácido deoxicólico.

Podría ayudar al diagnóstico un estudio de la actividad motora en el tracto digestivo, ya que aparece:

- Marcada hipercontractilidad colónica y sigmoidea frente a gran variedad de estímulos.
- El patrón electromiográfico colónico característico en el SII es el aumento de la frecuencia de las ondas lentas.
- La estimulación rectal (distensión con balón o tras instilación intrarrectal de suero fisiológico) da lugar a mayor número de contracciones rectales y relajaciones del canal anal.
- En el intestino delgado proximal también se han constatado anomalías motoras paroxísticas.
- En otros niveles las alteraciones son menos frecuentes. Se ha hablado de "esófago irritable" (ondas deglutorias hipercinéticas y disminución del tono del esfínter esofágico inferior). En el estómago no se han demostrado alteraciones de forma precisa

■ DIAGNÓSTICO

Puede ser problemático por compartir su sintomatología con múltiples enfermedades orgánicas, no existir marcadores biológicos, histológicos ni morfológicos, porque su etiología y fisiopatología son en gran parte desconocidas y, por último, por su gran variabilidad clínica y evolutiva los síntomas deben estar presentes durante al menos 12 semanas, no necesariamente consecutivas, en los 12 meses precedentes para su diagnóstico^{2,18,19}.

Es típica la presencia de dolor abdominal y altera-

ciones del tránsito intestinal, acompañados de otra sintomatología digestiva.

Son síntomas sugestivos de SII los que forman parte de los Criterios de Roma II, además de sensación de evacuación incompleta, eliminación de moco visible durante la defecación, sensación de repleción, distensión o hinchazón, y ausencia de síntomas nocturnos (**Figura 1**).

Diagnóstico por exclusión

Es un procedimiento que requiere un gran número de pruebas complementarias, costosas, casi siempre molestas para el paciente y, en ocasiones, incluso peligrosas por ser invasivas o por exponer al paciente a radiaciones¹⁸.

Diagnóstico clínico positivo

Es el recomendado. La pauta diagnóstica se basa en:

- Los criterios diagnósticos (preferentemente los de ROMA II).
- La detección de los posible síntomas o signos de alarma (sin síntomas de alarma los Criterios de ROMA II son sensibles y específicos).
- Una exploración física inmediata y cuidadosa en la primera consulta.
- La exclusión de enfermedades orgánicas, mediante la utilización de una serie limitada de exploraciones complementarias que, ocasionalmente, deben ampliarse dependiendo de los subgrupos sintomáticos.
- Reevaluación diagnóstica si hay fracaso terapéutico (4-6 semanas) utilizando otras pruebas complementarias basadas en síntomas predominantes²⁴.

Criterios diagnósticos

Criterios de Manning (1978)

Eran los más utilizados hasta hace unos años:

- Dolor abdominal frecuente (más de 6 episodios al año), que mejora con la deposición.
- Deposiciones blandas/pastosas al inicio del dolor.



- Aumento del número de deposiciones con el inicio del dolor.
- Sensación de distensión abdominal.
- Mucosidad en las deposiciones.
- Sensación de tenesmo rectal (evacuación incompleta).

Estos criterios presentaban una adecuada especificidad, pero su sensibilidad no era satisfactoria².

Criterios de Roma II

Un Comité de Expertos elaboró en Roma unos criterios diagnósticos, revisados en 1999 (**Tabla 1**). En un estudio, estos criterios mostraban una sensibilidad del 61%, una especificidad del 43%, un valor predictivo positivo del 93% y un valor predictivo negativo del 86%.

En diversos estudios se ha demostrado que su valor diagnóstico es alto si se asocian a una batería analítica básica y a una historia psicosocial, incluyendo historia de abusos físicos y/o sexuales y en

ausencia de "signos de alarma"²⁵.

Investigación de las causas desencadenantes

- Farmacológicas (**Tabla 2**).
- Alimenticias: alcohol, grasas, picantes, cafeína, chocolate, leguminosas...
- Situaciones estresantes.
- Estado psicológico del paciente (ansiedad, depresión); descartar enfermedades psiquiátricas.

■ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SII²

Se encuentra resumido en la **tabla 3**:

- Si predomina la diarrea debemos considerar: diarrea infecciosa, parasitosis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, insuficiencia pancreática

Tabla 1. CRITERIOS DE ROMA II (1999) PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SII	
● 1º	Se necesita la presencia de dolor o malestar abdominal, por lo menos de 3 meses de duración (seguidos o alternos), durante el último año.
● 2º	Se necesita que se cumplan dos de las siguientes características: El dolor mejora con la deposición Existe un cambio en la consistencia de las heces Existe un cambio en la frecuencia de las deposiciones Pueden establecerse diferentes subtipos de SII, según la eventual presencia de otros síntomas acompañantes: <3 evacuaciones /semana.....(1) >3 evacuaciones /día.....(2) Consistencia: Duras / caprinas.....(3) Blandas / pastosas.....(4) Esfuerzo: Necesidad de esfuerzo.....(5) Urgencia de deposición.....(6) SII con estreñimiento: cumple 1, 3 y/o 5, pero NO 2, 4 y/o 6. SII con diarrea: cumple 2, 4 y/o 6, pero NO 1, 3 y/o 5. SII alternante: cumple ambos tipos de criterios al mismo tiempo.

Tabla 2. FÁRMACOS QUE COMÚNMENTE PRODUCEN DIARREA O ESTREÑIMIENTO	
Diarrea	Estreñimiento
Antiácidos con magnesio	Antiácidos con aluminio o calcio
Antibióticos	Anticolinérgicos
Colchicina	Anticonvulsivantes
Guanetidina	Diuréticos
Laxantes	Bloqueadores gangliónicos
Misoprostol	Suplementos de hierro
Propranolol	Analgésicos opiáceos
Quinidina	IMAO
Olsalacina	Fenotiacinas
IECA	Fármacos antiparkinsonianos
Clofibrato	Antidepresivos tricíclicos
Gemfibrocilo	Sucralfato
Lovastatina	Antagonistas del calcio
Probucol	
Litio	
Fluoxetina	
Alprazolam	
Ácido valproico	
Etosuximida	
L-dopa	
AINE	
<p>Muchos medicamentos contienen sorbitol, que puede producir diarrea. IECA: inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.</p>	

Tabla 3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SII

ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES	
Factores dietéticos	Causas intestinales
<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencia o intolerancia a la lactosa - Consumo excesivo (comidas o bebidas) o intolerancia a carbohidratos como sorbitol o fructosa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colitis colagenosa o linfocítica - Síndromes postquirúrgicos - Impactación fecal - Diverticulitis - Seudoobstrucción intestinal - Patología biliar (colecistitis, cólico biliar) - Úlcera péptica
Infecciones	Tumores
<ul style="list-style-type: none"> - Bacteriana: <i>Salmonella</i>, <i>Clostridium difficile</i>, <i>Campylobacter jejuni</i>, <i>Yersinia enterocolitica</i>. - Parasitosis: <i>Giardia lamblia</i>, <i>Entamoeba histolytica</i>. - Infecciones oportunistas asociadas con el SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> - Cáncer de colon, adenoma vellosa - Gastrinoma, carcinoide, vipoma - Cáncer pancreático - Linfoma intestinal - Síndrome de Zollinger-Ellison - Síndrome de Verner-Morrison - Síndrome carcinoide - Neoplasia gástrica
Enfermedad inflamatoria intestinal	
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Crohn - Colitis ulcerosa 	
Malabsorción	Otras enfermedades funcionales gastrointestinales
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades del intestino delgado: enfermedad celiaca, enfermedad de Whipple, síndrome del intestino corto, linfomas, abetalipoproteinemia, hipogammaglobulinemia, gastroenteritis eosinofílica. - Insuficiencia pancreática, pancreatitis crónica - Sobrecrecimiento bacteriano 	<ul style="list-style-type: none"> -Dispepsia funcional -Diarrea funcional -Dolor abdominal funcional -Estreñimiento funcional -Disinergia del suelo pélvico
ENFERMEDADES EXTRADIGESTIVAS	
Causas endocrinometabólicas	Fármacos (tabla 2)
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Addison - Diabetes mellitus - Hipertiroidismo/ hipotiroidismo 	Tumores neuroendocrinos
	<ul style="list-style-type: none"> -Carcinoma medular del tiroides -Tumores productores de calcitonina
Causas ginecológicas: endometriosis	Otras
Causas renales: litiasis renal	<ul style="list-style-type: none"> - Patología vascular mesentérica - Porfiria - Intoxicación plúmbica - Tabes dorsal - Hernia inguinal/crural - Cardiopatía isquémica
Trastornos psiquiátricos	
<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad/ trastornos de pánico - Somatización 	



ca exocrina, síndrome del intestino corto, abuso crónico de laxantes, tumores endocrinos digestivos (síndrome de Zollinger-Ellison, de Verner-Morrison, carcinoide), hipertiroidismo, intolerancia a carbohidratos, enfermedad por gluten, enfermedad de Whipple, linfoma intestinal, síndrome de inmunodeficiencia, amiloidosis, enteropatía diabética...

- Si predomina el estreñimiento debemos descartar: diverticulitis colónica, apendicitis, colecistitis, cólico biliar, úlcera péptica, porfiria, cáncer (gástrico, pancreático o colónico), intoxicación plúmbica, tabes dorsal, insuficiencia vascular intestinal, hernia inguino-crural, endometriosis, cardiopatía isquémica, uropatías...

■ SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

Resulta esencial reconocerlos para orientarnos hacia una patología orgánica:

- Fiebre.
- Anemia.
- Anorexia.
- Evolución clínica progresiva.
- Uso reciente de antibióticos.
- Diarrea persistente que no remite.
- Estreñimiento importante que no cede.
- Síntomas nocturnos o bien dolor nocturno frecuente.
- Rectorragias no atribuibles a lesiones locales (hemorroides, fisura anal).
- Presencia de heces muy voluminosas con signos de esteatorrea.
- Pérdida de peso significativa (superior al 5% durante el año precedente) en ausencia de depresión.
- Aparición de nuevos síntomas tras un período de tiempo prolongado de remisión clínica.
- Inicio reciente de síntomas en pacientes mayores de 50 años.
- Historia familiar de cáncer, de poliposis gastrointestinal, de enfermedad inflamatoria intestinal o de enfermedad celiaca.
- Anomalías en la exploración física.

■ TRATAMIENTO

Dificultad terapéutica

Aún hoy no existen estudios documentados acerca de la eficacia en el tratamiento del SII (**Tabla 4**). En el presente trabajo se muestra una revisión de los tratamientos hasta ahora utilizados y de su eficacia, así como unos apuntes sobre perspectivas terapéuticas futuras.

A la hora de elegir un tratamiento nos encontramos con una serie de dificultades:

- La necesidad de un enfoque multifactorial terapéutico.
- La gran variabilidad individual en la expresión clínica y en la respuesta al tratamiento.
- La dificultad para realizar los ensayos terapéuticos.
- La presencia de muchos productos en el mercado con poca base científica².

Los dos objetivos principales son: modificar factores psicológicos y combatir síntomas digestivos. Debe ser un tratamiento individualizado para cada paciente.

En la actualidad se recomienda un tratamiento gradual basado en la gravedad del SII.

Relación médico-paciente

Se ha demostrado que una relación médico-paciente positiva conduce a una mejor evolución de estos pacientes. Los pacientes con SII tienen una respuesta al placebo de hasta el 60%.

En un modelo de entrevista centrado en el enfermo y en un ambiente de confianza, empático y sin prejuicios, se debe indagar sobre el conocimiento que tiene el paciente acerca de su enfermedad, la interpretación y la preocupación generadas y el impacto sobre su calidad de vida.

Una vez formulado el diagnóstico, el médico debe proporcionar una información adecuada e individualizada y unas expectativas realistas sobre el pronóstico de la enfermedad.

En el proceso diagnóstico y terapéutico se debe involucrar al paciente y respetar su autonomía. Es muy importante que entienda que es una enfermedad crónica y la necesidad de controlar los factores biopsicosociales desen-

Tabla 4. ESPECTRO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON SII

Nivel de atención sanitaria	Primaria	Especializada	Centros de referencia
Rasgos clínicos	Leve	Moderado	Grave
Prevalencia estimada	70%	25%	5%
Relacionados con hábito intestinal	+++	++	+
Correlación con fisiología intestinal	+	++	+++
Persistencia de la sintomatología	0	+	+++
Afectación de la actividad diaria	0	+	+++
Diagnóstico psiquiátrico. Alteraciones psicosociales.	0	+	+++
Uso de recursos sanitarios	+	++	+++
Conducta anormal de la enfermedad	0	+	+++
Medidas terapéuticas	<ul style="list-style-type: none"> - Relación terapéutica - Educación sanitaria - Psicoterapia de apoyo - Psicoterapia breve (entrenamiento previo) - Modificación del estilo de vida - Normas higiénico-dietéticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Registro diario de síntomas - Terapia sintomática - Terapias psicológicas: <ul style="list-style-type: none"> Individual Grupal Hipnosis Técnicas de relajación 	<ul style="list-style-type: none"> - Buena calidad en la relación médico-paciente - Atención continuada en Medicina Primaria - Derivación a un Centro de Salud Mental para tratamiento con psicofármacos: <ul style="list-style-type: none"> Antidepresivos Ansiolíticos - Tratamiento del dolor en una unidad especializada

0: ausencia; +: leve; ++: moderado; +++: marcado. SII: síndrome del intestino irritable. Modificado de la referencia bibliográfica 13

cadenantes, agravantes y perpetuantes del proceso?

Medidas higiénico-dietéticas²⁸

Se debe realizar educación para la salud con consejos como: comer despacio, mantener un horario fijo de comidas, evitar el consumo de bebidas gaseosas y de alimentos irritantes o flatulentos, así como el de chicles, tabaco... Todo ello con el fin de disminuir la distensión abdominal. Además se deben evitar los alimentos que empeoren los síntomas.

La dieta será pobre en grasas, para evitar el estí-

mulo de la motilidad colónica (útil en pacientes con dolor postprandial).

El uso de la fibra dietética en pacientes con estreñimiento es un asunto controvertido. Se ha usado mucho el salvado de trigo; en un artículo de revisión que valora, mediante metaanálisis, su efecto, se concluye que tiene los mismos efectos de aumento de volumen y de peso de las heces y de disminución del tiempo de tránsito intestinal tanto en sujetos sanos como en quienes padecen SII, estreñimiento o diverticulosis. Hay otros estudios



que comparan el uso de fibra y el de placebo y no hallan mejoría significativa.

Se encuentra en estudio la eficacia de la terapia con probióticos. Parecen actuar mediante la estimulación de la flora intestinal, modulando las bacterias existentes en colon, y por su efecto antiinflamatorio sobre la mucosa intestinal y su competencia con las bacterias patógenas de la flora colónica.

Modificación del estilo de vida

Se recomienda ejercicio físico para evitar el estreñimiento, reposo si lo que predomina es la diarrea, y calor local en el caso de dolor abdominal.

Tratamiento psicológico^{28,29}

Debe ser llevado a cabo por el médico responsable del paciente y probablemente se trate de la medida terapéutica más eficaz. Para ello hay que ganarse su confianza a través de una relación médico-enfermo positiva, con el fin de posibilitar su educación y tranquilización³⁰, tomarse en serio su patología mediante una anamnesis y exploración minuciosa y las pruebas complementarias precisas.

En esta valoración clínica inicial es importante indagar los factores relacionados con la sintomatología y los motivos de la consulta. Es fundamental conocer los siguientes aspectos:

- Factores desencadenantes de los síntomas (diéticos, farmacológicos y psicológicos).
- Si hay preocupación por alguna enfermedad grave (principalmente cancerofobia).
- Presencia de vivencias estresantes en el ambiente del paciente (historia de abuso, pérdidas significativas).
- Comorbilidad psiquiátrica (ansiedad o depresión).

Es conveniente hacer comprender al paciente que no tiene una enfermedad grave. Hay que explicarle en qué consiste el SII y además hay que educarle para que aprenda a detectar factores desencadenantes y enfrentarse a ellos.

Sin embargo, en una revisión hecha acerca de tratamientos psicológicos se concluye que su efica-

cia no está bien establecida por la existencia de carencias metodológicas.

Medidas farmacológicas²⁸

Tratamiento sintomático

ESTREÑIMIENTO

Los productos que se han usado para combatir este síntoma son: el salvado de trigo, laxantes formadores de masa (ispaghula, psyllium), laxantes con efecto osmótico (lactulosa, lactitol), preparados farmacéuticos (plantago ovata) y procinéticos (cisaprida y cinitaprida).

El plantago ovata aumenta el volumen de las heces. Según estudios realizados en pacientes con SII a los que se administró este preparado, se observan resultados similares a los derivados del uso de fibra; por tanto se trata de una opción terapéutica sin valor como único tratamiento.

Hay varios estudios con cisaprida pero con resultados discordantes; dados sus efectos secundarios sobre la repolarización cardíaca, se desaconseja su uso.

DIARREA

El fármaco más usado es la loperamida, opiáceo de acción periférica y pocos efectos sobre sistema nervioso central (SNC). Mejora la diarrea y controla la urgencia defecatoria si se administra previamente a las situaciones estresantes.

También es útil el difenoxilato, pero tiene más efectos sobre SNC.

La colestiramina (secuestra ácidos biliares) es útil en pacientes con malabsorción idiopática de ácidos biliares, pero puede ser beneficiosa en SII, ya que el tránsito intestinal acelerado puede provocar malabsorción de dichos ácidos. Aun así, se considera de segunda línea.

DOLOR ABDOMINAL

Se emplean fármacos anticolinérgicos con efecto espasmolítico. Son especialmente útiles en el dolor postrandial, ya que disminuyen el reflejo gastrocólico.

Según un metaanálisis de 1994, en el que se revisan los fármacos utilizados hasta el momento, se concluye que mejoran el estado general más que placebo, pero son peor que placebo en el control de la dis-

tensión y estreñimiento. En este estudio se demuestra que bromuro de cimetropio, bromuro de octilonio y bromuro de dicitlomida son más eficaces que placebo en el control del dolor abdominal; se desaconseja el uso de este último y del aceite de menta por sus efectos secundarios. También se desaconseja la hioscina por tener efecto terapéutico menor que el resto. Hace además referencia al bromuro de pinaverio, a la trimebutina y a la mebeverina.

Una revisión sistemática del 2000 demuestra, en estudios de alta calidad, que cuatro fármacos (cimetropio, pinaverio, octilonio y trimebutina) son eficaces.

Existen otras revisiones que determinan la eficacia de los espasmolíticos, con mayor mejoría del dolor que el placebo.

Se han utilizado también para el control del dolor fármacos antidopaminérgicos y antagonistas del calcio (domperidona y diltiazem) para bloquear la respuesta motora del colon a la comida, pero son de poca eficacia y pueden aumentar el estreñimiento.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los psicofármacos son útiles cuando existe ansiedad y/o depresión.

Para disminuir la ansiedad y romper el círculo vicioso que mantiene los síntomas se utilizan, durante periodos de tiempo breves, las benzodiazepinas.

En casos de depresión asociada se aconseja tratamiento con antidepresivos, por sus efectos como tales, los efectos antimuscarínicos y sobre el dolor. Los más utilizados hasta ahora han sido los tricíclicos (amitriptilina) y la mianserina, aunque más recientemente se han probado los ISRS, sobre todo la paroxetina, con resultados positivos³¹. Según un estudio³² en el que se evaluó el efecto de los antidepresivos en trastornos funcionales digestivos, se concluye que estos fármacos parecen tener efecto beneficioso sobre los síntomas del SII, pero reconocen que se trata de estudios de baja calidad. También se ha demostrado que disminuyen la diarrea, por lo que estarían indicados cuando predomina este síntoma.

Nuevas perspectivas terapéuticas

El reto para el tratamiento futuro consiste en actuar sobre los distintos mecanismos patogénicos implicados en el SII³³. Así, está en fase de desarrollo una serie de sustancias, aún no comercializadas en nuestro país. Entre ellas:

- Tegaserod: agonista de los receptores 5-HT₄; en un estudio a doble ciego, en dosis de 2 ó 6 mg dos veces al día, mejoró las molestias abdominales, la distensión abdominal y el estreñimiento en comparación con placebo, en pacientes con SII con predominio de estreñimiento; los acontecimientos adversos más frecuentes en pacientes con SII con predominio de estreñimiento que recibieron el tratamiento por vía oral consistieron en diarrea y flatulencia de carácter transitorio^{34,35}.

- Fedotozina: agonista opiáceo selectivo de receptores kappa.

- Loxiglumida: antagonista de la CCK.

- Ondansetrón y alosetrón: antagonistas 5-HT₃.

- Zamifenacina: antagonista selectivo de los receptores muscarínicos M₃ selectivos del intestino.

- Leuprolida: agonista de la hormona liberadora de gonadotropina.

■ LA CALIDAD DE VIDA COMO MEDIDA DE SALUD^{29,36,37}

En el SII la calidad de vida está afectada en todas las esferas del individuo, tanto en su actividad física y percepción de su salud, como en lo laboral, social y familiar; no parece estar influida por la predominancia de diarrea o constipación, pero sí por la gravedad sintomática, la personalidad y el estrés³⁸.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), *Health-Related Quality of Life (HRQOL)*³⁹, integra el grado de funcionalidad (relacionado con la capacidad y posibilidad de desarrollar funciones vitales), la interacción con el medio (comportamiento), la relación entre bienestar y salud y la percepción subjetiva de la propia salud y el sentido general de satisfacción. El paciente es el que establece el criterio de gravedad ante una



situación patológica concreta usando distintas variables a las del profesional sanitario.

La medición de los valores de normalidad o puntuación a través de cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud se establecen en la población sana y las desviaciones de estos valores cuantifican la repercusión o impacto de la enfermedad en la vida diaria del individuo y en su percepción de la salud y bienestar. Las ventajas de estos cuestionarios son la sencillez, la reproductibilidad, la rapidez y la autoadministración, siempre y cuando cumplan con las propiedades psicométricas de validez, fiabilidad, sensibilidad y precisión.

■ VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Cuestionarios genéricos

Se utilizan para:

- Comparar la CVRS en el SII frente a otras enfermedades crónicas.
- Comparar la CVRS en el SII frente a otros trastornos funcionales digestivos.

El SF-36 (*Medical Outcomes Study Short Form*): en los pacientes con SII se advierte una mayor afectación de la energía, la fatiga, las limitaciones de la actividad, el dolor y la percepción de la salud. Los pacientes del grupo con estreñimiento predominante son, con mayor frecuencia, mujeres y refieren más a menudo saciedad precoz, distensión, síntomas musculoesqueléticos y deterioro del sueño, apetito y función sexual.

La afectación de la calidad de vida de estos pacientes puede estar en relación tanto con los síntomas de la enfermedad como con los rasgos neuróticos o de estrés psicológico en su personalidad, según se desprende de la comparación de estos cuestionarios con los que evalúan los rasgos neuróticos (*NEO Personality Inventory*) o el estrés psicológico (*SCL-90-R*); se han encontrado correlaciones significativas.

También se utiliza el *Beck Depresión Inventory* (BDI) para la cuantificación de los síntomas depresivos.

El grado de estrés también se correlaciona con la intensidad sintomática de estos pacientes.

En el SII hay una mayor predisposición a presentar

depresión; estos casos son más propensos al dolor de espalda, la debilidad y la pirosis.

Comparando las escalas del SF-36 del SII con las aplicadas en la dispepsia funcional y la EII, el grado de afectación es similar. Respecto a los pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva también es similar, menos en las dimensiones como la función física, la capacidad laboral y la salud general, en las que estos últimos las presentan más alteradas. En el SII presentan una mayor afectación de su calidad de vida en todas las dimensiones del SF-36, excepto en la función física, que los pacientes con ERGE. También es peor que en los que padecen diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica.

Los aspectos más significativamente alterados en el SII son la energía/fatiga, el dolor generalizado y la percepción general de salud.

Se ha diseñado una versión abreviada del SF-36, el SF-12.

Otro cuestionario genérico es el *Sickness Impact Profile*, con 136 ítems agrupados en 12 categorías.

Cuestionarios específicos

Son los contenidos en la **tabla 5**. Sirven para:

- Comparar la CVRS en el SII de pacientes que consultan con la de los que no consultan.
- Comparar la CVRS en los distintos tipos de SII (diarrea-estreñimiento).
- Valorar el impacto sobre la función sexual.
- Utilizar la CVRS como herramienta de medida del beneficio terapéutico.

Los más representativos son:

- El de Francis et al (1997).
- El IBSQOL (Hahn et al, 1997), con 30 ítems (variables o preguntas) basadas en 10 dimensiones (categorías o dominios) de la vida; está ya adaptado a nuestro idioma.
- El IBS-QOL (Patrick et al, 1998), con 34 preguntas basadas en 8 dimensiones de la vida.
- El del grupo canadiense de Wong et al (1998), con 26 ítems.
- El FDDQL, que mide los trastornos funcionales digestivos; consta de 43 ítems distribuidos en 8 dimensiones.

- El IBSQ (1998) con 26 variables agrupadas en 4 categorías.
- El FBDSI, que es un índice de gravedad sintomática.

Utilidad de los cuestionarios específicos en la valoración del tratamiento

La valoración de la respuesta al tratamiento del SII es compleja por el distinto enfoque terapéutico (desde el tratamiento sintomático hasta el abordaje global biopsicosocial), la multifactoriedad, la gran variabilidad sintomática, la elevada frecuencia de la respuesta al placebo (que puede llegar hasta el 70% de los pacientes) y el distinto método de selección muestral, entre otros factores.

Todas estas dificultades corroboran la necesidad de la inclusión del parámetro calidad de vida en la valoración de los resultados de cualquier estudio terapéutico.

■ CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA⁴⁰

- El médico duda del diagnóstico correcto.
- El paciente desconfía del diagnóstico efectuado por el médico de Atención Primaria.

Alteraciones psicosociales.	
Uso de recursos sanitarios	+
Conducta anormal de la enfermedad	0
Medidas terapéuticas	- Relación terapéutica - Educación sanitaria - Psicoterapia de apoyo - Psicoterapia breve (entrenamiento previo) - Modificación del estilo de vida - Normas higiénico-dietética

0: ausencia; +: leve; ++: moderado; +++: marcado. SII: síndrome del intestino irritable.

- En caso de persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento correcto y la incapacidad al paciente para el desarrollo de su actividad sociolaboral cotidiana.
- Ante la sospecha de enfermedad orgánica.
- Presencia de nuevos síntomas que pueda referir el paciente, que modifiquen el planteamiento diagnóstico y terapéutico inicial.

BIBLIOGRAFÍA

- Gutiérrez Teira B, Gómez-Pimpollo Morales D, García de Blas González F. Síndrome del intestino irritable. Formación Médica Continuada 1998;6:353-361.
- Benages Martínez A, Mora Miguel F, Mínguez Pérez M, Peña Aldea A. Síndrome del intestino irritable. Medicine 2000;7:325-336.
- Sebastián JJ. Síndrome del intestino irritable en "Algoritmos de Patología Digestiva para Atención Primaria". Badalona: Ediciones Médicas, S.L., 2002;6:65-70.
- Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? Gastroenterology 2002;122:1140-56.
- Álvarez MA, Villagrasa M. Definición y clasificación del síndrome del intestino irritable. Med Clín Monogr (Barc) 2003;4:2-5.
- Balboa A, Mearin F. Epidemiología del síndrome del intestino irritable. Med Clín Monogr (Barc) 2003;4:6-11.
- Kenneth WH, Thompson WG. Síndrome del intestino irritable. Barcelona: J&C Ediciones Médicas, S.L., 2000.
- Puigdellívol C, Mearin F. Dieta y síndrome del intestino irritable. Med Clín Monogr (Barc) 2003;4:30-4.
- Kevin W, Olden MD, Heather J, Chial MD. Síndrome del intestino irritable. ¿Cómo diagnosticar?. ¿Cómo tratar?. Madrid: Jarpyo Editores, S.A., 2002;23:355-375.
- Kellow JE, Delvaux M, Azpiroz F, Camilleri M, Quigley EMM, Thompson DG. Principio de neurogastroenterología aplicada: fisiología/ motilidad-sensación. Gut 1999;45:19-27.
- Rey Díaz-Rubio E. La sensibilidad visceral en el síndrome del intestino irritable. Gastroenterology and Hepatology. Barcelona: EDIDE, S.L., 2001;49-55.



BIBLIOGRAFÍA

12. Mearin F. Trastornos funcionales digestivos: de la motilidad a la sensibilidad. *Jano* 2000;5:14-18.
13. Morris-Yates A, Talley N, Joyce PM, et al.: Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol* 1998; 93:1311-1317.
14. Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001;48:14-19.
15. Horwitz BJ, Fisher RS. The irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2001;344:1846-1850.
16. Spiller RC, Jenkins D, Thornley JP, Hebden JM, Wright T, Skinner M, Neal KR. Increased rectal mucosa enteroendocrine cells, T lymphocytes, and increased gut permeability following acute *Campylobacter* enteritis and in post-dysenteric irritable bowel syndrome. *Gut* 2000;47:804-811.
17. Modolell Aguilar I, Mearin F. Síndrome del intestino irritable tras gastroenteritis aguda. *Med Clí Monogr (Barc)* 2003;4:35-6.
18. Balboa A, Martínez G. Síndrome del intestino irritable. Breves datos epidemiológicos del síndrome del intestino irritable. *Jano* 2002;1423:26-32.
19. Mearin F, Balboa A. Síndrome del intestino irritable. Presentaciones clínicas y criterios diagnósticos del síndrome del intestino irritable. *Jano* 2002;1423:49-51.
20. Drossman DA, Whitehead WE, Camilleri M. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997;112:2.120-2.137.
21. Moreno-Osset E. Ser o no ser del síndrome del intestino irritable. *Med Clin (Barc)* 2001;117:257-259.
22. Bixquert Jiménez M. Criterios actuales en el diagnóstico del síndrome de intestino irritable: ¿una herramienta útil?. *Medicina Integral* 2001;6:257-269.
23. Pérez-Piqueras J, Díaz-Rubio M, Rey Díaz-Rubio E, Álvarez Sánchez A. Aparato digestivo. Revisión e imágenes: Síndrome de Intestino Irritable. Madrid: Pentacrom, S.L., 1999.
24. Mínguez Pérez M, Benages Martínez A. Diagnóstico del síndrome del intestino irritable. *Med Clí Monogr (Barc)* 2003;4:37-40.
25. Olden KW. Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2000;122:1701-14.
26. Yawn BP, Lydick E, Locke GR, Wollan PC, Bertram SL, Kurland MJ. Do published guidelines for evaluation of Irritable Bowel Syndrome reflect practice?. *BMC Gastroenterol* 2001;1:11.
27. Mendive Arbeloa JM. Nuevo concepto del síndrome del intestino irritable: un trastorno del siglo XXI. *Jano* 2002; 1420:30-33.
28. Balboa A, Benavent J. Síndrome del intestino irritable. Tratamiento del síndrome del intestino irritable. Presente y futuro. *Jano* 2002;1423:52-60.
29. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Aspectos psicosociales de los trastornos gastrointestinales funcionales. *Gut* 1999;45:28-34.
30. Moreno -Osset E, Antón Conejero MD, del Val Antañana A. Tratamiento del síndrome del intestino irritable. *Med Clí Monogr (Barc)* 2003;4:41-7.
31. Drossman DA, Talley NJ, Olden KW, Leserman J, Barreiro MA. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med* 1995;123:782-794.
32. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a metaanalysis. *Am J Med* 2000;108:65-72.
33. Kellow JE. Advances in the management of irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2002;17: 503-7.
34. Lesley JS, Perry CM. Tegaserod. *Drugs* 1999;58:491-498.
35. Rey Díaz-Rubio E. Novedades terapéuticas en el síndrome de intestino irritable. *Gastroenterología Integrada* 2002; 3:98-104.
36. López Vivancos J, Casellas Jordá F. La calidad de vida en el síndrome del intestino irritable. *Medicina Integral* 2001; 8:357-362.
37. Nos P, Calvo F, Ponce J. Síndrome del intestino irritable. ¿Cómo afecta a la calidad de vida de los pacientes el síndrome del intestino irritable?. *Jano* 2002;1423:33-39.
38. Benages A, Moreno-Osset E, Mínguez M, Mora F, Peña A. Síndrome del intestino irritable. En *Manual para el médico general*. Barcelona: Cuscó Arts Grafiques, S.A.,1995.
39. El-Serag HB, Olden K, Bjorkman D. Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16:1171-1185.
40. Ducóns García J. Tratamiento del síndrome del intestino irritable. *Medicina Integral* 2000;5:228-233.

● *El paciente con migraña: perspectiva desde la afectación individual a la repercusión social*

Domínguez Salgado M¹, Santiago Gómez R²

¹ Servicio de Neurología. Hospital Puerta de Hierro (Madrid)

² Atención Primaria. Área IV. Madrid

■ RESUMEN

La migraña es una patología que comporta una importante repercusión en la calidad de vida del paciente, ya que además del dolor se produce una situación de imprevisibilidad de la duración y gravedad de los ataques. Su manejo puede ser difícil en Atención Primaria, donde a veces no es reconocida, en ocasiones infradiagnosticada y muchas veces no recibe los tratamientos adecuados.

La valoración no debe limitarse al grado de dolor, sino que se deben incluir dentro de las estrategias diagnósticas otros factores que influyen en la calidad de vida. Para valorar el grado de discapacidad deben incluirse, junto con la valoración de la frecuencia e intensidad de las crisis, la inquietud del paciente ante lo imprevisible de las mismas y las alteraciones de humor reactivas, con el fin de valorar el impacto que ocasiona en el paciente y en la sociedad.

Han sido desarrolladas varias escalas, aunque pocas han sido validadas en castellano. Con ellas se ha brindado la posibilidad de una comunicación estrecha entre el paciente y el médico; son instrumentos válidos para determinar la gravedad de la migraña y poder realizar un seguimiento evolutivo de la eficacia del tratamiento.

Los importantes costes que supone al sistema sanitario obligan al desarrollo de estrategias preventivas y terapéuticas eficaces y eficientes. Los triptanes han demostrado un perfil farmacoeconómico adecuado, ya que su potencia terapéutica ahorra costes laborales y aminora la repercusión social de la enfermedad.

■ EPIDEMIOLOGÍA DE LA MIGRAÑA: DE LA AFECTACIÓN INDIVIDUAL A LA REPERCUSIÓN SOCIAL Y SANITARIA

La definición de "calidad de vida" es demasiado amplia y subjetiva. Incluye la evaluación de todas las áreas en las que una persona se desenvuelve, así como el impacto cualitativo y cuantitativo de las diferentes patologías en cada uno de los afectados. Se abarca desde el tipo de enfermedad y la posible limitación física asociada, hasta los efectos (beneficiosos y adversos) de los tratamientos recibidos y sus costes, sin olvidar diversas condiciones subyacentes que se combinan, como la experiencia vital previa. Todos estos factores modifican el pronóstico de la enfermedad.

Además, dicha calidad de vida cambia permanentemente con el tiempo, no solamente por las propias condiciones del paciente, sino debido a que las situaciones familiares y sociales se alteran constantemente^{2,13}.

La migraña es un trastorno neurológico crónico que produce ataques episódicos caracterizados por dolor de cabeza y diversos síntomas asociados y, con mucha frecuencia, discapacidad temporal³. Se calcula que el 25% de los pacientes experimentan 4 o más crisis mensuales, el 35% 1 a 3 crisis por mes y el 40% 1 o menos ataques al mes. Un 85% de los pacientes tiene alguna incapacidad relacionada con su migraña⁴. Esta enfermedad puede considerarse en nuestros días uno de los principales problemas de salud. En primer lugar, por su alta prevalencia, y, en