

<https://doi.org/10.35839/repis.1.1.197>

HÁBITOS ALIMENTARIOS Y CONDICIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADOS AL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Medrano Egoávil, Elizabeth¹, Calderón Juárez, Lucio¹, Huamán Gonzales, Luis^{2, a}, Paco Fernández, Miguel^{2, b}, Dámaso Mata, Bernardo^{2, c}.

ABSTRACT

Introduction: The objective of the present study was to identify food habits and psychological conditions which act as associated factors to Irritable Bowel Syndrome in the outpatient service of gastroenterology at the Huánuco base hospital ESSALUD-2009. **Methods:** We performed an observational, analytical, longitudinal and retrospective case-control study, matched by age and gender. Cases were people diagnosed of IBS according to the Rome III criteria in 2009. We worked with a sample size of 210 outpatients: 105 cases and 105 controls (type I error = 0,05, potency = 0,8, exposed cases probability = 43,5%, exposed controls probability = 25%). Convenience Sampling. Variables studied as risk factors for IBS were food habits and anxiety/depression, measured by a dietary questionnaire adapted and evaluated by expert opinion and HADS score respectively. **Results:** The average age of patients was 51,32±12,69 years with a gender distribution of 132 females/78 males. In the statistical bivariate analysis between risk factors and IBS, statistical significance was found with food habits ($p=0,0000$; OR=4,36 (IC 95% 2,03 – 9,83)). We analyzed clinical characteristic of patients and relationship was found between IBS and the following variables: skips dinner (74,3%), eat slowly (73,5%), eat out of home (63,1%), take drugs (67,3%), time before going to the bed ≤ 1 hour (68,8%) and abdominal discomfort or pain with food (76,1%), all of them with an IC = 95% and $p < 0,05$. **Conclusions:** Changes in food habits have shown to be present in persons having Irritable Bowel Syndrome. The IBS is related to the omission of dinner, slow intake rate, meals away from home, drug use, time before going to the bed ≤ 1 hour and the presence of abdominal discomfort or pain with the ingestion of certain foods.

Key words: Irritable bowel syndrome, food habits, food intolerance, food hypersensitivity, anxiety, depression.

RESUMEN

Introducción: El objetivo del presente estudio fue identificar los hábitos alimentarios y las condiciones psicológicas que actúan como factores asociados al Síndrome de Intestino Irritable en la consulta ambulatoria del servicio de gastroenterología del Hospital Base II Es-Salud de Huánuco-2009. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de casos y controles emparejado por edad y género. Los casos fueron asegurados diagnosticados de SII según los criterios Roma III del año 2009. Se trabajó con una muestra de 210 pacientes de la consulta ambulatoria del servicio de gastroenterología del Hospital II Es-Salud de Huánuco: 105 casos y 105 controles (Error tipo 1 = 0,05, potencia = 0,8, probabilidad anticipada de casos expuestos = 43,5%, probabilidad anticipada de controles expuestos = 25%). Muestreo por conveniencia. Las variables estudiadas como factores de riesgo para el SII fueron: hábito alimentario y ansiedad/depresión; medidas a través de un cuestionario de hábitos alimentarios adaptado y evaluado por opinión de expertos y la escala HADS respectivamente. **Resultados:** El promedio de edad de los asegurados fue de 51,32±12,69 años con una distribución por género de 132 mujeres/78 varones. En la evaluación estadística bivariada entre los factores de riesgo estudiados y el SII, se encontró significancia estadística con el hábito alimentario ($p=0,0000$; OR=4,36 (IC 95% 2,03–9,83)). Se analizaron las características clínicas de los asegurados y se encontró relación entre el SII y las siguientes variables: omite la cena (74,3%), come lento (73,5%), come fuera de casa (63,1%), toma medicamentos (67,3%), tiempo antes de acostarse ≤ 1h (68,8%) y molestias o dolor abdominal con los alimentos (76,1%), todos ellos con IC=95%; $p < 0,05$. **Conclusiones:** Las alteraciones en el hábito alimentario han demostrado estar presentes en los asegurados con Síndrome de Intestino Irritable. El SII se relaciona con la omisión de la cena, velocidad de consumo lenta, comidas fuera de casa, consumo de medicamentos, tiempo antes de acostarse ≤ 1 hora y la presencia de molestias o dolor abdominal con la ingesta de algunos alimentos.

Palabras claves: Síndrome de Intestino Irritable, hábito alimentario, intolerancia alimentaria, hipersensibilidad alimentaria, ansiedad y depresión.

Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Facultad de Medicina Humana
Huánuco - Perú

Conflicto de intereses: Ninguno

Financiamiento: Ninguno

Recibido: 10 noviembre de 2017

Aceptado: 7 de diciembre de 2017

¹ Médico Cirujano, Facultad de Medicina UNHEVAL.

² Docente de la EAP Medicina Humana, Universidad Nacional Hermilio Valdizán

^a Médico gastroenterólogo ^b Médico epidemiólogo ^c Doctor en Medicina.

Correspondencia a:

bernardocristobal9@hotmail.com

Citar como:

Medrano Egoávil, E., Calderón Juárez, L., Huamán Gonzales, L., Paco Fernández, M., Dámaso Mata, B. Hábitos alimentarios y condiciones psicológicas asociadas al síndrome de intestino irritable en un hospital público. Rev Peru Invest Salud. 2017;1(1):24-33

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable (SII), es un complejo sintomático crónico y recurrente, con exacerbaciones y remisiones, que se caracteriza por la presencia del dolor abdominal y alteración del tránsito intestinal, consistente en diarrea, constipación o la alternancia de ambas¹. Afecta a un 3-25%² de la población mundial, pero utilizando los últimos criterios diagnósticos parece afectar a 5% a 10% de la población mundial^{3,4} y en el Perú, estudios lo evidencian entre 22 y 26%².

Se calcula que entre 30-70%⁵ de las consultas por problemas digestivos son debidas a esta entidad, lo que la convierte en el desorden más común de las consultas del médico gastroenterólogo (38%) y del médico general (12%)⁴; considerando que sólo el 15% de los afectados solicita atención médica. En países industrializados afecta a 1 de cada 6 individuos y es dos a tres veces más frecuente en mujeres, en adolescentes y en adultos jóvenes (20 – 50 años)⁶.

Aunque las causas de este síndrome no se conocen bien, se sabe que está relacionado con el estado psicológico del paciente (stress, ansiedad, depresión); se reporta asociación

importante con trastornos psiquiátricos (54-100%), siendo los más frecuentes la ansiedad y la depresión⁷. En los pacientes que buscan atención médica, 40 a 60% tienen síntomas psicológicos de depresión, ansiedad o ambos⁸. En la actualidad, los factores psicosociales son de mayor relevancia en la etiología del SII, siendo que es considerado un trastorno psicofisiológico^{9,10}.

A pesar de no encontrar evidencias rigurosas en cuanto a la relación entre el hábito alimentario y el Síndrome de Intestino Irritable, algunos autores postulan que en su fisiopatología interviene la dieta^{16,11}. Así, la mal absorción de oligosacáridos como la lactosa, la intolerancia o alergia a los componentes alimentarios, han sido reportados que inducen los síntomas de SII¹². Otros estudios muestran que la “reacción gastrointestinal a los alimentos” esta significativamente asociada con los síntomas de SII¹³; más del 60% de pacientes con SII reportan síntomas después de los alimentos; 28% de ellos 15 minutos después de comer y 93% después de 3 horas¹⁴. Sin embargo, la reacción a los alimentos no está incluida en ningún criterio diagnóstico para SII¹⁵.

Las condiciones psicológicas relacionadas al SII han sido mejor estudiadas en el ámbito nacional. No encontramos estudios nacionales ni regionales sobre la relación entre el hábito alimentario y el SII. En la Red Asistencial de Huánuco EsSalud, el servicio de gastroenterología recibe un alto número de pacientes adultos de género femenino por año, que consultan por síntomas de SII tras la ingesta de alimentos o la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Nosotros planteamos la hipótesis de que los hábitos alimentarios y las condiciones psicológicas son factores asociados al SII en los asegurados del Hospital Base II EsSalud de Huánuco, para lo cual realizamos un estudio de casos y controles pareado con la finalidad de controlar dos variables confusoras: edad y género.

El objetivo del presente estudio fue identificar los hábitos alimentarios y las condiciones psicológicas asociadas al Síndrome de Intestino Irritable en la consulta ambulatoria del servicio de Gastroenterología del Hospital II Es-Salud de Huánuco en el periodo del año 2009.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo de casos y controles emparejado por edad y género, donde la exposición estuvo dada por el hábito alimentario inadecuado, la ansiedad y la depresión, desde abril a diciembre del 2010.

Definiciones

Casos: Pacientes asegurados diagnosticados de SII según los criterios ROMA III, atendidos en la consulta ambulatoria del Servicio de Gastroenterología en el año 2009.

Controles: Pacientes asegurados con enfermedad gastrointestinal demostrada y síntomas gastrointestinales altos (gastritis, úlcera gastroduodenal y ERGE), atendidos en consulta ambulatoria del Servicio de Gastroenterología en el año 2009.

Se excluyeron a los pacientes con enfermedad gastrointestinal demostrada y síntomas gastrointestinales bajos (enfermedad inflamatoria intestinal, post-gastrectomizados, cáncer de colon, enfermedad infecciosa bacteriana, parasitológica o viral (VIH) y enfermedad celíaca), enfermedades concomitantes (cirugía abdominal, hipertiroidismo, endometriosis, neoplasias, etc.), enfermedad psiquiátrica diferente a la ansiedad y depresión y todos aquellos que se negaron a participar y firmar el consentimiento informado.

Población y muestreo

Con una probabilidad anticipada de casos expuestos: 43.5% y una probabilidad anticipada de controles expuestos: 25%, nivel de confianza: 95%, potencia relativa: 80% y razón de no expuestos/expuestos: 1; se obtuvo una muestra de 105 pacientes para cada grupo de estudio (alfa 0.05 y beta 0.2) calculada con el programa EpiDat 3.1. Lo que implicó un total de 210 pacientes de la consulta ambulatoria del servicio de gastroenterología del Hospital II Es-Salud de Huánuco que fueron seleccionados con un muestreo no probabilístico por conveniencia y aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Ética

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Red Asistencial Huánuco Es Salud y la Universidad Hermilio Valdizán de Huánuco en julio del 2010. Antes de la realizarse las encuestas se explicó los objetivos del estudio y se firmó el consentimiento informado y asentimiento informado cuando correspondía, a todos los participantes del estudio.

Procedimientos

Los datos fueron recolectados por personal entrenado, quienes contaban con un cuestionario sistematizado que constaba de 2 partes: un cuestionario sobre hábitos alimentarios y anamnesis alimentaria adaptado y evaluado por opinión de expertos y otro cuestionario basado en la escala HADS validada para evaluar la presencia o ausencia de ansiedad.

Análisis de datos

Se almacenó la información en la base de datos Microsoft Excel. Se empleó el software estadístico SPSS versión 17 y EpiDat 3,1 apoyado del Microsoft Excel para el análisis de los datos.

Se utilizó la media y desviación estándar como medidas de tendencia central para describir las variables cuantitativas. Las frecuencias absolutas y relativas fueron empleadas para la descripción de las variables categóricas. Se realizó el análisis bivariado entre variables cualitativas dicotómicas mediante la prueba χ^2 de Mac Nemar para muestras no independientes (pareadas), relacionando las variables independientes con la dependiente, considerando las variables intervinientes (edad y sexo). Se utilizó odds ratio (OR) como medida de asociación. Se tomó en cuenta un valor de $p < 0,05$ como nivel de significancia estadística y un intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 105 (50%) casos con una edad promedio de $51,30 \pm 12,68$ años y 105 controles (50%) con una edad promedio de $51,35 \pm 12,76$ años. La distribución por género muestra mayor predominio del género femenino (62,9%), en la **tabla 1** se aprecia las características epidemiológicas de los pacientes estudiados.

En cuanto a las características clínicas, en la **tabla 2**, un gran porcentaje de pacientes diagnosticados de SII presentaron hábitos alimentarios inadecuados y ansiedad. Sin embargo la depresión estuvo presente en un mayor porcentaje de controles (52%) que de casos (48%). Otras características del patrón de hábito alimentario que mostraron mayor distribución porcentual en el grupo de los casos fueron: la omisión de la cena (74,3%), poco volumen de ingesta

(54,5%), velocidad de ingesta lenta (73,5%), ingesta de alimentos fríos (70%), come fuera de casa (63,1%), toma medicamentos (67,3%), tiempo antes de acostarse ≤ 1 hora (68,8%), siesta después del almuerzo (59,2%) y molestias o dolor abdominal con los alimentos (76,1%).

En la **tabla 3**, se muestra la distribución porcentual de los alimentos que ocasionaron molestias o dolor abdominal tras su ingesta en la población estudiada. Un gran porcentaje de los pacientes con SII reportaron presentarse síntomas tras la ingesta de los siguientes alimentos: gaseosa, pollo a la brasa, pachamanca, picante de cuy, condimentos, leche, frijoles, carne de cerdo, papa, bebidas alcohólicas, naranja y limón.

El análisis bivariado que evaluó la asociación entre el SII y una serie de factores, se presenta en la **tabla 4**, demostrándose significancia estadística con las variables de hábito alimentario inadecuado ($p=0,000$; $OR=4,36$ (IC 95% 2,03 – 9,83)), omite la cena ($OR=3,61$; IC95% 1,8 – 8,1), come lento ($OR=3,28$; IC95% 1,1 – 10,6), come normal ($OR=0,28$; IC95% 0,1 – 0,6), mastica bien los alimentos ($OR=0,36$; IC95% 0,1 – 0,8), come fuera de casa ($OR=2,46$; IC95% 1,1 – 5,4), toma medicamentos ($OR=5$; IC95% 2,0 – 13,2), tiempo antes de acostarse ≤ 1 hora ($OR=3,40$; IC95% 1,2 – 11,8) y molestias o dolor abdominal con los alimentos ($OR=30,5$; IC95% 8,1 – 257,5). Algunos alimentos que mostraron asociación estadísticamente significativa con el SII también se muestran en la **tabla 4**.

Tabla 1. Características epidemiológicas en la población estudiada de la Red asistencial de Huánuco EsSalud-2009 (n = 210)

Características Epidemiológicas	Frecuencia	SII	
		Si (%)	No (%)
	X $\pm$ DE	X $\pm$ DE	X $\pm$ DE
Edad	51,32 (12,69)	51,30 (12,68)	51,35 (12,76)
Género			
Femenino	132	66 (62,9 %)	66 (62,9%)
Masculino	78	39 (37,1 %)	39 (37,1 %)

SII: Síndrome de Intestino Irritable, DE: desviación estándar

Tabla 2. Características clínicas en la población estudiada de la Red asistencial de Huánuco
EsSalud -2009 (n = 210)

Características clínicas	Si	SII	No
Según Hábito Alimentario:			
Tipo de Hábito Alimentario			
Inadecuado	68 (72,3 %)	26 (27,7 %)	
Adecuado	37 (31,9 %)	79 (68,1 %)	
Omite Comidas			
Desayuno	20 (64,5 %)	11 (35,5 %)	
Almuerzo	3 (50 %)	3 (50 %)	
Cena	52 (74,3 %)	18 (25,7 %)	
Volumen de Ingesta			
Poco	18 (54,5 %)	15 (45,5 %)	
Suficiente	72 (46,2 %)	84 (53,8 %)	
Exceso	15 (71,4 %)	6 (28,6 %)	
Velocidad de Ingesta			
Lento	25 (73,5 %)	9 (26,5 %)	
Normal	40 (35,7 %)	72 (64,3 %)	
Rápido	40 (62,5 %)	24 (37,5 %)	
Temperatura de Ingesta			
Caliente	15 (53,6 %)	13 (46,4 %)	
Cálido	83 (48,3 %)	89 (51,7 %)	
Frío	7 (70 %)	3 (30 %)	
Ingesta-otras actividades			
Si	83 (46,4 %)	96 (56,6 %)	
No	22 (71 %)	9 (29 %)	
Mastica bien alimentos			
Si	55 (61,8 %)	34 (38,2 %)	
No	50 (41,3 %)	71 (58,7 %)	

Características clínicas	SI	SII	NO
Come fuera de casa			
Si	53 (63,1 %)	31 (36,9 %)	
No	52 (41,3 %)	74 (58,7 %)	
Toma medicamentos			
Si	70 (67,3 %)	34 (32,7 %)	
No	35 (33 %)	61 (67 %)	
Tiempo antes de acostarse			
≤1h	22 (68,8 %)	10 (31,3 %)	
>1h	83 (46,6 %)	95 (53,4 %)	
Siesta después del almuerzo			
Si	58 (59,2 %)	40 (40,8 %)	
No	47 (42 %)	65 (58 %)	
Molestias con los alimentos			
Si	86 (76,1 %)	27 (23,9 %)	
No	19 (19,6 %)	78 (80,4 %)	
Según Condición Psicológica (HADS):			
Ansiedad			
Presencia	49 (60,5 %)	32 (39,5 %)	
Ausencia	56 (43,4 %)	73 (56,6 %)	
Depresión			
Presencia	36 (48 %)	39 (52 %)	
Ausencia	69 (51,1 %)	66 (48,9 %)	

Tabla 3. Alimentos que causan molestias o dolor abdominal en la población estudiada de la Red asistencial de Huánuco EsSalud-2009 (n = 210)

Alimentos	SII	
	Si	No
Bebidas		
Café	13 (68,4 %)	6 (31,6 %)
Chocolate	11 (78,6 %)	3 (21,4 %)
Gaseosa	8 (80 %)	2 (20 %)
Comidas rápidas		
Hamburguesa	29 (85,3 %)	5 (14,7 %)
Pizza	26 (83,9 %)	5 (16,1 %)
Salchipapa	27 (79,4 %)	7 (20,6 %)
Pollo broster	31 (83,8 %)	6 (16,2 %)
Pollo brasa	41 (85,4 %)	7 (14,6 %)
Parrillada/Pollada	26 (76,5 %)	8 (23,5 %)
Comidas típicas		
Pachamanca	35 (89,7 %)	4 (10,3 %)
Picante de Cuy	26 (83,9 %)	5 (16,1 %)
Condimentos	55 (87,3 %)	8 (12,7 %)
Leche	33 (84,6 %)	6 (15,4 %)
Legumbres y menestras		
Frijoles	20 (95,2 %)	1 (4,8 %)
Lentejas	13 (92,9 %)	1 (7,1 %)
Arveja	4 (80 %)	1 (20 %)
Habas	8 (88,9 %)	1 (11,1 %)
Carnes		
Cerdo	27 (87,1 %)	4 (12,9 %)
Tubérculos		
Papa	16 (94,1 %)	1 (5,9 %)
Otros		
Huevo	18 (81,8 %)	4 (18,2 %)
Ají	18 (85,7 %)	3 (14,3 %)
Bebidas alcohólicas	15 (93,8 %)	1 (6,3 %)
Frutas frescas		
Manzana	3 (42,9 %)	4 (57,1 %)
Papaya	2 (33,3 %)	4 (66,7 %)
Tuna	4 (50 %)	4 (50 %)
Granadilla	1 (20 %)	4 (80 %)
Limón	8 (66,7 %)	4 (33,3 %)
Mandarina	4 (50 %)	4 (50 %)
Palta	7 (63,6 %)	4 (36,4 %)
Naranja	12 (75 %)	4 (25 %)
Plátano	4 (50 %)	4 (50 %)

Tabla 4. Características clínicas y Síndrome de Intestino Irritable en la población estudiada de la Red asistencial de Huánuco EsSalud – 2009 (n = 210)

Variable	Síndrome Intestino Irritable		p*	OR	IC 95%
	SI (%)	NO (%)			
Habito Alimentario Inadecuado	68 (72,3 %)	26 (27,7 %)	0,0000	4,36	2,027 - 9,827
Omite Cena	52 (74,3 %)	18 (25,7 %)	0,0000	3,61	1,678 - 8,123
Come Lento	25 (73,5 %)	9 (26,5 %)	0,0062	3,28	1,123 - 10,689
Come Normal	40 (35,7 %)	72 (64,3 %)	0,0000	0,28	0,128 - 0,624
Mastica bien los alimentos	55 (61,8 %)	34 (38,2 %)	0,0029	0,36	0,151 - 0,835
Come fuera de casa	53 (63,1 %)	31 (36,9 %)	0,0036	2,46	1,161 - 5,396
Toma medicamentos	70 (67,3 %)	34 (32,7 %)	0,0000	5,00	2,044 - 13,242
Tiempo antes de acostarse $\leq$ 1h	22 (68,8 %)	10 (31,3 %)	0,0169	3,40	1,204 - 11,786
Molestias con los alimentos	86 (76,1 %)	27 (23,9 %)	0,0000	30,5	8,089 - 257,532
Hamburguesa	29 (85,3 %)	5 (14,7 %)	0,0000	9,00	2,769 - 46,354
Pizza	26 (83,9 %)	5 (16,1 %)	0,0000	8,00	2,429 - 41,503
Salchipapa	27 (79,4 %)	7 (20,6 %)	0,0003	5,00	1,880 - 16,723
Pollo broster	31 (83,8 %)	6 (16,2 %)	0,0000	7,25	2,545 - 28,383
Pollo brasa	41 (85,4 %)	7 (14,6 %)	0,0000	12,33	3,905 - 62,523
Parrillada/Pollada	26 (76,5 %)	8 (23,5 %)	0,0014	4,00	1,592 - 11,964
Pachamanca	35 (89,7 %)	4 (10,3 %)	0,0000	32,00	5,345 - 1302,930
Picante de Cuy	26 (83,9 %)	5 (16,1 %)	0,0001	6,25	2,158 - 24,710
Condimentos	55 (87,3 %)	8 (12,7 %)	0,0000	12,75	4,686 - 48-577
Leche	33 (84,6 %)	6 (15,4 %)	0,0000	7,75	2,740 - 30,219
Cerdo	27 (87,1 %)	4 (12,9 %)	0,0000	8,66	2,656 - 44,737
Huevo	18 (81,8 %)	4 (18,2 %)	0,0026	5,66	1,639 - 30,180
Ansiedad	49 (60,5 %)	32 (39,5 %)	0,0223	2,062	0,972 - 4,480
Depresión	36 (48 %)	39 (52 %)	0,794	0,903	0,473 - 1,719

*Chi² de Mc Nemar

OR: Odds ratio, IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

DISCUSIÓN

La Red asistencial de Huánuco, forma parte del sistema del Seguro Social de Salud (EsSalud), ubicado en la región centro oriente del Perú (sierra y selva), brinda servicios integrales de salud a la población asegurada: trabajadores, derechohabientes, pensionistas, trabajadoras del hogar entre otros. Ofrece 15 especialidades de salud incluyendo al servicio de gastroenterología y está compuesta principalmente por la población adulta trabajadora y adulta mayor cesante.

El síndrome del intestino irritable (SII) es el trastorno funcional gastrointestinal más común, es altamente prevalente y un motivo de consulta frecuente. Se estima que alrededor de un 3% de las consultas de atención primaria¹⁶, 12% de las consultas por medicina interna y de un 38% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección⁴.

El SII tiene un curso benigno y se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes, como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas¹⁷. A pesar de no ser aparentemente un problema de salud grave, puede inducir a cirugías innecesarias¹⁸ y el impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados es considerable, especialmente en los que padecen síntomas moderados o graves¹⁹.

Aunque la base fisiopatológica de este trastorno no está plenamente establecida, se han propuesto varios factores implicados: alteraciones en la motilidad intestinal, hipersensibilidad visceral, alteraciones psicológicas y mecanismos inflamatorios y post-infecciosos²⁰.

Existe un elevado número de pacientes que acuden por consulta externa al servicio de gastroenterología del Hospital Base II EsSalud de Huánuco, cuya razón principal es la presencia de síntomas compatibles con el Síndrome de Intestino Irritable, a los cuales previamente se les ha descartado anomalías estructurales o bioquímicas subyacentes. La mayoría de los pacientes son personas adultas y adultas mayores, de sexo femenino. Llama poderosamente la atención el incremento y la recurrencia de los casos tras la ingesta de alimentos y la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión, dado que sólo en el periodo del año 2009, el servicio cuenta con 232 pacientes con diagnóstico definitivo de SII.

Nuestro estudio tuvo como objetivo, identificar los hábitos alimentarios y las condiciones psicológicas que actúan como factores asociados al SII en la consulta ambulatoria del servicio

de gastroenterología del Hospital Base II Es-Salud de Huánuco-2009

Con respecto al hábito alimentario, se encontró significancia estadística de la presencia del hábito alimentario inadecuado en los participantes con SII frente a los controles, hallándose un $OR=4,36$ (IC 95% 2,03–9,83) con un $p=0,000$ para este factor, demostrando la presencia de alteraciones en el patrón de ingesta de alimentos en el grupo con SII. Pese a la exhaustiva revisión de la literatura realizada, no hemos encontrado un instrumento validado que evalúe el hábito alimentario en las personas. La necesidad de evaluar los hábitos alimentarios ha hecho que se desarrollaran distintas herramientas o cuestionarios para conocer las características de la ingesta de alimentos algunas de las cuales emplean cuadernos o reportes de consumo diario, cuestionarios de frecuencia semicuantitativa de alimentos, cuestionarios de consumo de macronutrientes y micronutrientes, preguntas abiertas y anamnesis alimentaria, adaptados según opinión de expertos de acuerdo a las recomendaciones nutricionales nacionales e internacionales, como es el caso de nuestro estudio. Nuestros resultados coinciden con estudios que demuestran la presencia de reacciones adversas a los alimentos que a menudo se manifiestan con síntomas gastrointestinales en el 20% a 67% de los individuos con SII^{14, 21, 22}. Estos alimentos son denominados gatillantes alimentarios o desencadenantes dietéticos^{23, 24, 25}. La percepción subjetiva de la intolerancia a los alimentos es más prevalente en los pacientes con SII que en sus controles¹⁴, más prevalente en las mujeres con SII y se correlaciona con los niveles de ansiedad^{14, 26}. Sin embargo, otros ensayos clínicos muestran que 58% al 75% de los individuos que reportan reacción adversa a un alimento específico no reaccionan del mismo modo, cuando reciben un alimento desconocido simulando un efecto placebo; hallazgos que hacen presumir un probable origen psicosocial²².

Respecto a las características de los hábitos alimentarios el análisis bivariado obtuvo significancia estadística para omisión de la cena, esto coincide con algunos estudios que hallaron que el 75,8% del grupo con SII omitía una o dos comidas al día a comparación del grupo control 64,5% ($OR\ 1,69$; IC 95% 1,2–2,5%)²⁷; velocidad de ingesta lenta, come fuera de casa, toma medicamentos, tiempo antes de acostarse ≤ 1 hora y molestias o dolor abdominal con los alimentos. En siete estudios que fueron incluidos en una revisión 15 a 71% tuvieron una respuesta positiva a la eliminación de la dieta principalmente en el SII con diarrea y 6 a 58% de los casos identificó un alimento desencadenante²⁸. Perkins S y col estudiaron a pacientes con desórdenes alimentarios: anorexia y bulimia

nerviosa y encontró que el 87% de los participantes desarrolló SII, con una media de 10 años entre los dos eventos y el estudio coreano de Joung Kim Y y col encontró como desencadenante de los síntomas intestinales a los alimentos en 16,6 % de los casos²⁷.

Los alimentos que fueron identificados como desencadenantes de molestias y dolores abdominales en el grupo con SII y que mostraron significancia estadística en el análisis bivariado fueron: las comidas rápidas con alto contenido de grasa (hamburguesa, pizza, salchipapa, pollo broster, pollo a la brasa, parrilladas y polladas), hallazgos que coinciden con el estudio europeo de Aller R et al. en donde la distribución de calorías en los pacientes con SII fue de 41,5% en forma de carbohidratos, un 19,8% en forma de proteínas y un 38,7% en forma de lípidos; mostrando un claro exceso de las grasas y defecto en el consumo de los hidratos de carbono (patrón de ingesta). El efecto de los lípidos en la motilidad intestinal (Hammer et al., 1998); las comidas típicas (pachamanca y el picante de cuy); los condimentos (chíncho, pimienta, sal, ají colorado o amarillo); la carne de cerdo; otros autores que han estudiado a las carnes como desencadenantes de los síntomas de SII encontraron que la ingesta de carnes ≥ 7 veces por semana era más frecuente en grupo con SII pero fallaron en encontrar significancia estadística entre ambos eventos²⁷; leche y huevo, al respecto algunas revisiones americanas de ensayos clínicos controlados aleatorizados doble ciego han identificado alimentos como la leche, el trigo y el huevo como causantes de la exacerbación de los síntomas del SII. Sin embargo, los estudios revisados tuvieron ciertas limitaciones en sus diseños²⁸.

No encontramos asociación entre los alimentos que contenían sorbitol (alimentos dietéticos), salicilatos (té, café, frijoles, maíz, tomate, papa, nueces, vino), aminos (chocolate, plátano, atún) y fructosa (frutas) y el SII a diferencia de muchos otros estudios que sí demostraron su relación con el SII^{29, 30, 31}.

La percepción de una velocidad de ingesta normal y de masticar bien los alimentos han demostrado ser factores protectores en el análisis bivariado de nuestro estudio.

En nuestro estudio, las condiciones psicológicas: ansiedad {OR=2,06 (IC 95% 0,972 – 4,480)} y depresión OR= 0,90 (IC 95% 0,47–1,72) en su nivel ligeramente y moderada-severamente anormal según la escala HADS no están presentes en forma estadísticamente significativa en los pacientes con SII ($p=0,0223$ y $p=0,794$ respectivamente). La ansiedad fue más frecuente en el grupo con SII (60,5%) versus los controles (39,5%), mientras que la depresión fue más

frecuente en los controles (52%) versus los casos (48%). Para la Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología no se ha demostrado que haya factores psicológicos que provoquen el SII o que influyan en su instalación. El SII no es un trastorno psiquiátrico o psicológico. Sin embargo, los factores psicológicos pueden incidir en la persistencia y percepción de la severidad de los síntomas abdominales y contribuir al deterioro de la calidad de vida y al uso excesivo de servicios de atención médica. Por estas razones, es común que el SII coexista con afecciones psicológicas, como la ansiedad y la depresión. Por otro lado los estudios que utilizaron la escala HADS han encontrado asociación estadísticamente significativa entre ansiedad /depresión y SII como el estudio Mexicano de Reséndiz-Figueroa FE et al. en el que 70% de los pacientes con SII tenían ansiedad, 46% depresión y 40% ambos y el estudio de Annemieke y et al que encontró desórdenes de ansiedad en 30% y depresión en 22% de los pacientes con SII. Resultados similares también se han encontrado con el uso de otras escalas; Hamilton para depresión y ansiedad^{32, 33}, Inventario de Beck^{34, 35, 36}, DSM-IV³² y Escala de Zung³⁷ para depresión y la escala de estrés ansiedad y depresión versión 21³⁸.

CONCLUSIONES

Las alteraciones en el hábito alimentario han demostrado estar presentes en los asegurados con Síndrome de Intestino Irritable frente a los controles en la Red Asistencial de Huánuco EsSalud. El SII se relaciona con la omisión de la cena, velocidad de consumo lenta, comidas fuera de casa, consumo de medicamentos, tiempo antes de acostarse ≤ 1 hora y la presencia de molestias o dolor abdominal con la ingesta de algunos alimentos.

LIMITACIONES

Las principales limitaciones de nuestro estudio fueron el sesgo de selección de los controles que fueron pacientes con gastritis y úlcera gastroduodenal, que probablemente pueda explicar que la condición psicológica no haya sido significativa en nuestro estudio por encontrarse presente también en los controles; sin embargo a pesar de esta limitación el porcentaje de ansiedad fue mayor en los pacientes con SII versus los controles y el no contar con un cuestionario validado para el estudio del hábito alimentario, que para el caso de este estudio fue adaptado y evaluado por opinión de expertos.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Se deben instaurar programas complementarios de ayuda, orientados a reducir la sintomatología del SII, recurrencia del cuadro y a mejorar la calidad de vida promocionando hábitos alimentarios y de salud mental adecuados entre los asegurados de la red Asistencial de Huánuco EsSalud.

El manejo del SII es multidisciplinario por ello es necesario un continuo flujo de información y coordinación principalmente entre los servicios de gastroenterología, nutrición y psiquiatría y que puede facilitarse a través de la creación de protocolos de atención que permitan un manejo integral del SII.

Se requieren estudios longitudinales prospectivos y ensayos clínicos que permitan explicar la influencia de los alimentos y hábitos alimentarios en la etiopatogenia del SII.

Asimismo, se hace necesario diseñar instrumentos o pruebas válidas y confiables para establecer el tipo de hábito alimentario ajustado a las condiciones de investigación en la cual se va a aplicar.

AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento a nuestros asesores, docentes y compañeros que participaron en el desarrollo y ejecución de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Irritable bowel syndrome in a Community Subgroups, Risks factors, and Health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995; 142 (1): 76-83.
2. Soriano Alvarez, C. Intestino Irritable: Cuadro clínico y diagnóstico. *Revista Diagnóstico Set-Dic* 2003; 42(5 y 6).
3. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, Locke GR, Olden K, Peterson W, Quigley E, Schoenfeld P, Schuster M, Talley N. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:S7-S26.
4. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002; 123:2108-2131.
5. 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
6. Cornejo C, Villarreal J. Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2005; 25: 156-160.
7. Creed F, Craig T, Farmer R. Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events. *Gut* 1988; 29: 235-42.
8. Farthing MJG. Treatment options in irritable bowel syndrome. *Best Pract Res ClinGastroenterol* 2004;18:773-786.
9. Kellow JE, Phillips SF, Miller LJ, y col. Dismotility of the small intestine in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1988; 29:1236-43.
10. Lynn RB, Friedman LS. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 1993;329: 1940-5.
11. Heizer WD, Southern S, et al. The Role of Diet in Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in Adults: A Narrative Review. *J Am Diet Assoc*. 2009;109:1204-1214.
12. Dapoigny et al. Role of Alimentation in Irritable Bowel Syndrome. *Digestion* 2003;67:225-233
13. Whitehead WE, Crowell MD, Bosmajian L, Zonderman A, Costa PT Jr, Benjamin C, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Existence of irritable bowel syndrome supported by factor analysis of symptoms in two community samples. *Gastroenterology*. 1990;98:336-340.
14. Simren M, Mansson A, Langkilde AM, Svedlund J, Abrahamsson H, Bengtsson U, Bjornsson ES. Food-related gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome. *Digestion*. 2001;63:108-115
15. Alpers DH. Diet and irritable bowel syndrome. *Curr Opin. Gastroenterol*. 2006;22:136-139.
16. Camilleri M, Heading RC, Thompson WG. Consensus report: Clinical perspectives, mechanisms, diagnosis and management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1407-30.
17. Minguez M, Benages A. Diagnóstico del síndrome del intestino irritable. *Med Clin Monograf (Barc)* 2003; 4(2): 37-40.
18. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology* 2004; 126: 1665-73.
19. El-Serag BH. Impact of irritable bowel syndrome: prevalence and effect on health-related quality of life. *Rev Gastroenterol Disord* 2003; 3(Suppl 2): S3-11.
20. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005.
21. Niec AM, Frankum B, Talley NJ. Are adverse food reactions linked to irritable bowel syndrome? *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2184-2190.

22. Heizer WD, Southern S, et al. The Role of Diet in Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in Adults: A Narrative Review. *J Am Diet Assoc.* 2009;109:1204-1214.
23. Jarrett M, Visser R, Heitkemper M. Diet triggers symptoms in women with irritable bowel syndrome: The patient's perspective. *GastroenterolNurs.* 2001;24:246-252.
24. Wald A, Rakel D. Behavioral and complementary approaches for the treatment of irritable bowel syndrome. *NutrClinPract.* 2008;23:284-292.
25. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, Gibson PR. Dietary triggers of abdominal symptoms in patients with irritable bowel syndrome: Randomized placebo-controlled evidence. *ClinGastroenterolHepatol.* 2008;6:765-771.
26. Lee OY, Mayer EA, Schmulson M, Chang L, Naliboff B. Genderrelated differences in IBS symptoms. *Am J Gastroenterol.* 2001;96: 2184-2193.
27. Kim YJ, Ban DJ. Prevalence of irritable bowel syndrome, influence of lifestyle factors and bowel habits in Korean college students. *Int J Nurs Stud* 2005;42:247-254.
28. Niec AM, Frankum B, Talley NJ. Are adverse food reactions linked to irritable bowel syndrome? *Am J Gastroenterol.* 1998;93:2184-2190
29. Fernandez-Banares F, Esteve-Pardo M, de Leon R, et al. Sugar malabsorption in functional bowel disease: Clinical implications. *Am J Gastroenterol* 1993;88:2044 –50.
30. Jain NK. Sorbitol intolerance in adults. *Am J Gastroenterol* 1985;80: 678–81.
31. Petitpierre M, Gumowski P, Girard JP. Irritable bowel syndrome and hypersensitivity to food. *Ann Allerg* 1985;54:538–40.
32. Cruz MA, Ortiz R, Muñoz D, Padierna J. Asociación de depresión y ansiedad en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable. *Rev Gastroenterol. Mex.* 2007; 72 (1): 29 – 33.
33. Muscatello M, Et al. Depression, Anxiety and Anger in Subtypes of Irritable Bowel Syndrome Patients. 2010. *J ClinPsycholMedSettings.* 17: 64 – 70.
34. Cornejo C, Villarreal J. Relación entre síntomas de Síndrome de Intestino Irritable y síntomas depresivos en pacientes hospitalizados. *Rev. Gastroenterol. Perú* 2005; 25: 156-160.
35. Campos Hurtado, Guisela, LeonBarua, Raúl, Villareal Menchola, Juan et al. Asociación entre síndrome de intestino irritable y síntomas depresivos en una población de nivel socioeconómico alto de Lima. *Rev. gastroenterol. Perú, jul./set.* 2001, vol.21, no.3, p.198-204. ISSN 1022-5129.
36. Ebru MD, et al. Risk factors for irritable bowel syndrome in Turkish population. *J ClinGastroenterol.* 2007. 41 (4): 380 – 2
37. Gomez D, et al. Factores sociosanitarios y prevalencia del síndrome de intestino irritable según los criterios diagnósticos de Roma III en una población general de Colombia. *GastroenterolHepatol.* 2009; 32 (6): 395 – 400.
38. Gros DF, et al. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders.* 2009; 23: 290 – 6.