

GUÍA

DE PRÁCTICA CLÍNICA

SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

MANEJO DEL PACIENTE CON SII

5

**SÍNDROME
DEL INTESTINO
IRRITABLE**

MANEJO DEL PACIENTE CON SII

5

© Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano.

© Síndrome del intestino irritable. Guía de práctica clínica.
Barcelona, septiembre del 2005

Esta guía debe citarse:

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.

ÍNDICE

• COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE SII	5
• NOTAS PARA LOS USUARIOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE SII	9
• RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES. GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DEL SII	11
1. INTRODUCCIÓN	16
1.1. Antecedentes	16
1.2. La necesidad de una guía	16
1.3. Objetivos	17
1.4. Niveles de evidencia y grados de recomendación	17
1.5. Actualización de la guía	18
2. DEFINICIÓN, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y SUBTIPOS	19
3. EPIDEMIOLOGÍA	21
3.1. Frecuencia	21
3.2. Prevalencia	21
3.3. Incidencia	21
3.4. Factores de riesgo	22
3.5. Impacto socioeconómico	24
4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ENFERMEDADES ASOCIADAS	26
4.1. Clínica	26
4.2. Evolución de la enfermedad	26
4.3. Calidad de vida	28
5. MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS Y PATOGENICOS	30
5.1. Factores genéticos y ambientales	30
5.2. Alteraciones de la motilidad digestiva	31
5.3. Hipersensibilidad visceral	31
5.4. Mecanismos inflamatorios y postinfecciosos	32
5.5. Morbilidad psicológica	33
5.6. Abuso físico y sexual	33
5.7. Sobrecrecimiento bacteriano	34
5.8. Otros mecanismos	34
6. PROCESO DIAGNÓSTICO	35
6.1. Criterios diagnósticos	35
6.2. Síntomas y signos de alarma	35
6.3. Evaluación de las distintas exploraciones complementarias	36
6.3.1. Analítica	36
6.3.2. Exploraciones radiológicas	37
6.3.3. Colonoscopia	37
6.3.4. Otras exploraciones	38

7. TRATAMIENTO	39
7.1. Medidas generales	39
7.1.1. Relación médico-paciente	39
7.1.2. Cambios en el estilo de vida	39
7.1.3. Factores dietéticos	40
7.2. Tratamiento farmacológico	40
7.2.1. Formadores de masa fecal	41
7.2.2. Laxantes	41
7.2.3. Antidiarreicos	42
7.2.4. Espasmolíticos	42
7.2.5. Fármacos que actúan sobre los receptores de serotonina	43
7.2.6. Antidepresivos	46
7.2.7. Otros fármacos	48
7.3. Tratamiento psicológico	48
7.4. Otros tratamientos	49
8. APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA GUÍA: ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS	54
8.1. Diagnóstico del síndrome del intestino irritable (Algoritmo 1)	54
8.2. Descartar organicidad en pacientes con diagnóstico de SII (Algoritmo 2)	56
8.3. Tratamiento del síndrome del intestino irritable-estreñimiento (Algoritmo 3)	58
8.4. Tratamiento del síndrome del intestino irritable-diarrea (Algoritmo 4)	61
8.5. Descartar organicidad en pacientes con SII que no responden al tratamiento (Algoritmo 5)	64
9. ANEXOS	
1. Descripción de la revisión sistemática de la literatura	67
2. Niveles de evidencia y grados de recomendación	69
3. Definiciones de entidades y términos relacionados con el síndrome del intestino irritable	72
4. Cuestionario diagnóstico del síndrome del intestino irritable	74
5. Cuestionario de calidad de vida específico para el síndrome del intestino irritable (IBSQOL)	77
6. Tratamientos farmacológicos	82
7. Información y recursos para los pacientes	84
8. Áreas de investigación futura	94
9. Direcciones de interés en Internet	95
10. Acrónimos	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

COMPOSICIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO

Agustín Balboa Rodríguez

Gastroenterólogo

Centro Médico Teknon

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

Ricard Carrillo Muñoz

Médico de Familia

ABS La Florida Sud ICS

L'Hospitalet de Llobregat

Barcelona

Miguel Mínguez Pérez

Gastroenterólogo

Hospital Clínico

Valencia

J. Javier Valdepérez Torrubia

Médico de Familia

Centro de Salud Actur-Sur

Zaragoza

Sera Tort Donada

Médico de Familia

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

Fermín Mearin Manrique

Gastroenterólogo

Centro Médico Teknon

Barcelona

Pablo Alonso-Coello*

Médico de Familia

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

BÚSQUEDA DE LA LITERATURA

Josep M^a García Alamino

Documentalista

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

REVISIÓN, LECTURA CRÍTICA Y EDICIÓN

Agustín Balboa Rodríguez

Gastroenterólogo

Centro Médico Teknon

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

Sera Tort Donada

Médico de Familia

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

SECRETARÍA

Raquel Rivero Berniola

Centro Cochrane Iberoamericano

Barcelona

Agradecemos la participación y ayuda de otros miembros del Centro Cochrane Iberoamericano: M^a José Martínez, Jordi Pardo, Marta Roqué, Gerard Urrútia.

COMITÉ DE COORDINACIÓN DEL PROYECTO

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA (AEG)

Fermín Mearin Manrique
Gastroenterólogo
Centro Médico Teknon
Barcelona

Josep M. Piqué Badia
Gastroenterólogo
Hospital Clínic i Provincial
Barcelona

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (semFYC)

Juan Ferrándiz Santos
Técnico de Salud Atención Primaria Área 11
Servicio Madrileño de la Salud
Madrid

Mercè Marzo Castillejo
Divisió Atenció Primària
Institut Català de la Salut
Barcelona

Juan José Mascort Roca
Médico de Familia
ABS La Florida Sud ICS
L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona

CENTRO COCHRANE IBEROAMERICANO (CCIB)

Xavier Bonfill Cosp
Centro Cochrane Iberoamericano
Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona

Sera Tort Donada
Médico de Familia
Centro Cochrane Iberoamericano
Barcelona

REVISORES EXTERNOS QUE HAN PROPORCIONADO COMENTARIOS ADICIONALES

Macu Álvaro Torres
Paciente

Rafael Azagra Ledesma
Médico de Familia - Farmacología Clínica
CAP Badia del Vallès ICS
Badia del Vallès

Xavier Badía Llach
Epidemiologia Clínica i Salut Pública
Health Outcomes Research Europe, S.L.
Barcelona

Juan Salvador Baudet Arteaga
Gastroenterólogo
Htal. Universitario Ntra. Sra. de Candelaria
Santa Cruz de Tenerife

Adolfo Benages Martínez
Gastroenterólogo
Hospital Clínico Universitario
Valencia

Jaume Benavent i Areu
Médico de Familia
Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample
Barcelona

Álvaro Brotons García

*Gastroenterólogo
Hospital Son Llàtzer
Palma de Mallorca*

Natalia Enríquez Martín

*Técnica de Salud de Atención Primaria
Sector Zaragoza I
Zaragoza*

Vicente Garrigues Gil

*Gastroenterólogo
Hospital Universitari La Fe
Valencia*

Ana Isabel González González

*Médico de Familia
Gerencia de Atención Primaria Área 10 de Madrid
Madrid*

Antonio López Higuera

*Gastroenterólogo
Hospital Morales Meseguer
Murcia*

David Medina i Bombardó

*Médico de Familia
Centre de Salut Llevant - UBS Cala Millor
Balears*

Joan Monés Xiol

*Gastroenterólogo
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona*

M. Àngels Pellicer Jacomet

*Farmacéutica de Atención Primaria
Institut Català de la Salut - SAP Girona Nord
Figueras*

Carmen Costa Ribas

*Médico de Familia
Centro de Salud de Fingoy
Lugo*

Esther Fort i Martorell

*Gastroenteróloga
Hospital Universitari Dr. Josep Trueta
Girona*

Emili Gené Tous

*Médico de Familia
Corporació Parc Taulí
Sabadell*

Dolors Juscafresa Mir

*Médico de Familia
Directora ABS Roses ICS
Roses*

Esther Martí Barrios

*Paciente
Presidenta de la Associació d'Afectats de Colon
Irritable de Catalunya
Barcelona*

Juan Francisco Menárguez Puche

*Médico de Familia
Centro de Salud Virgen de la Consolación
Molina de Segura (Murcia)*

Eduardo Moreno-Osset

*Gastroenterólogo
Hospital Universitario Dr. Peset
Valencia*

Julio Ponce García

*Gastroenterólogo
Hospital Universitari La Fe
Valencia*

Xavier Puigdemoglas Armengol
Médico de Familia
ABS St. Fruitós ICS
Manresa

Jordi Serra Pueyo
Gastroenterólogo
Hospital General Vall d'Hebron
Barcelona

Cristina Viana Zulaica
Médico de Familia
Centro de Salud de Elviña
A Coruña

Juan Antonio Sánchez Sánchez
Médico de Familia
Centro de Salud del Barrio del Carmen
Murcia

M^a José Soria de la Cruz
Gastroenteróloga
Hospital Universitario Puerta del Mar
Cádiz

Natalia Zarate López
Gastroenteróloga
The Royal London Hospital
Londres

Agradecemos el esfuerzo llevado a cabo por todos los revisores así como sus valiosas aportaciones.

- **FUENTES DE FINANCIACIÓN:** Esta guía de práctica clínica ha contado con la financiación externa de Novartis. Los patrocinadores no han influido en ninguna etapa de su elaboración.
- **CONFLICTOS DE INTERÉS:** Los miembros del grupo de trabajo han declarado sus potenciales conflictos de interés y éstos están disponibles en el formato electrónico de la guía.

*Contratado mediante una ayuda para contratos de profesionales que hayan finalizado la formación sanitaria especializada. Fondo de Investigación Sanitaria, Instituto de Salud Carlos III.

NOTAS PARA LOS USUARIOS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

El Programa de “Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada” es un proyecto compartido por la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y el Centro Cochrane Iberoamericano (CCI). El programa fue establecido en el año 2000 con el objetivo de desarrollar guías de práctica clínica (GPC) sobre enfermedades digestivas basadas en la evidencia científica disponible. Estas GPC van dirigidas a los diversos profesionales, entre otros, a médicos de familia y especialistas del aparato digestivo.

Las GPC se definen como el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuadas en el abordaje de una afección clínica específica, en circunstancias sanitarias concretas. Las GPC ayudan a los profesionales a asimilar, evaluar e implantar la cada vez mayor cantidad de evidencia científica disponible y las opiniones basadas en la mejor práctica clínica. El propósito de hacer unas recomendaciones explícitas es influir en la práctica clínica, por lo que éstas han de tener validez tanto interna como externa.

En la elaboración de esta GPC se han tenido en cuenta aquellos elementos esenciales contemplados en los criterios del instrumento AGREE (*Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*, <http://www.agreecollaboration.org>), que son estándares europeos sobre GPC (documento de trabajo, versión en lengua castellana): la definición del alcance y objetivos de la guía, desarrollo y revisión por un equipo multidisciplinario, identificación sistemática de la evidencia científica, formulación explícita de las recomendaciones, claridad en la presentación de la guía y sus recomendaciones, aplicabilidad en el medio, actualización periódica e independencia editorial. Nuestro grupo, a lo largo del proceso de elaboración, ha encontrado diversas dificultades, tanto desde el punto de vista metodológico como logístico, que no permiten todavía alcanzar todos los objetivos planteados en este instrumento AGREE. Estas dificultades parecen ser comunes a diferentes grupos de elaboración de GPC en el mundo y afectan principalmente a los aspectos siguientes: análisis de coste-efectividad, fase piloto previa a su publicación definitiva, criterios de evaluación y *audit*.

Para elaborar la GPC de Síndrome del Intestino Irritable se creó un grupo de trabajo específico formado por médicos de atención primaria, gastroenterólogos y miembros del CCI, en calidad de metodólogos. Una vez diseñada, la guía ha sido sometida a revisión y crítica por un grupo seleccionado de profesionales de las diversas especialidades (atención primaria, gastroenterología, farmacología, cirugía, gestión sanitaria, epidemiología, etc) y por pacientes.

En la elección de estos revisores se ha intentado la representatividad geográfica con el objetivo de integrar aquellos elementos que pudiesen facilitar su aplicabilidad en las diferentes comunidades autónomas.

El Programa de “Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada” intenta ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, pero no las reemplaza. En una GPC no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento preventivo, clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto, de las circunstancias y valores que estén en juego. De ahí, la importancia del propio juicio clínico.

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el que poder compararse.

El Programa de “Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas desde la Atención Primaria a la Especializada” forma parte de un proyecto global que incluye la difusión, implantación y monitorización de los resultados obtenidos. La publicación de esta nueva GPC se hará de distintas maneras: formato de libro, guía de referencia rápida para los profesionales sanitarios, información para entregar a pacientes y formato electrónico consultable en las webs de las diferentes sociedades científicas que participan en el proyecto: AEG (<http://www.aegastro.es>), semFYC (<http://www.semfyec.es>) y CCI (<http://www.cochrane.es>). Asimismo, se llevarán a cabo diversos seminarios y se facilitará material de apoyo (disco compacto y otros recursos multimedia) para la difusión de la GPC en el ámbito local.

Barcelona, septiembre de 2005


RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII)


DEFINICIÓN, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y SUBTIPOS

- B** En la actualidad el SII queda definido por los criterios diagnósticos de Roma II.
 - B** Los criterios diagnósticos de Roma II establecen los subtipos de SII con predominio de estreñimiento, SII con predominio de diarrea y SII alternante.
-

EPIDEMIOLOGÍA

- B** La prevalencia del SII en nuestro país varía entre el 3,3% y el 13,6 % según los criterios diagnósticos empleados.
 - B** Las mujeres tienen una mayor prevalencia del SII y los subtipos más frecuentes en este género son el subtipo con predominio de estreñimiento y el subtipo alternante.
 - B** La raza no es un factor influyente en el SII.
 - B** La prevalencia del SII es inferior en ancianos.
 -  El SII está asociado a un alto gasto económico.
-

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

-  Las principales manifestaciones clínicas del SII son el dolor abdominal y las alteraciones deposicionales (diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos).
 - B** El SII puede asociarse con otras enfermedades, como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o el dolor pélvico crónico.
 - B** El SII es un diagnóstico estable.
 - B** El SII puede acarrear cirugías innecesarias.
 - B** Los pacientes con SII con síntomas moderados o graves pueden tener una peor calidad de vida que la población sana.
 - B** Existen cuestionarios específicos válidos para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con SII.
-

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS Y PATOGENICOS

- ✓ No se conoce exactamente la causa del SII.
 - B El SII es consecuencia de una variedad de causas incluyendo factores genéticos, alteraciones de la motilidad digestiva, hipersensibilidad visceral, alteraciones psicológicas e historia de abuso físico y/o sexual.
-

PROCESO DIAGNÓSTICO

- B En ausencia de síntomas y signos de alarma*, el cumplimiento de los criterios diagnósticos es suficiente para establecer el diagnóstico del SII.
 - B La realización de una analítica no está justificada para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII y no tengan síntomas y/o signos de alarma.
 - B La búsqueda de parásitos en heces no está justificada para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII.
 - B La realización de un enema opaco no está justificado para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII
 - B La realización de una colonoscopia no está justificada para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII y no tengan síntomas y/o signos de alarma, a excepción de que sean mayores de 50 años y, por tanto, subsidiarios de cribado del cáncer colorrectal.
 - B La realización del test del aliento con lactosa no está justificado para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII.
-

* *Síntomas y signos de alarma: inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años, alteraciones en la exploración física, presencia de síntomas nocturnos, fiebre, anemia, pérdida de peso no intencionada, presencia de sangre en heces, historia familiar de cáncer colorrectal, historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal, historia familiar de enfermedad celíaca.*

TRATAMIENTO

MEDIDAS GENERALES

- B** Una relación médico-paciente satisfactoria mejora la respuesta al tratamiento de los pacientes con SII.
 - C** La realización de ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada y el dedicar un tiempo suficiente para la defecación son medidas recomendables para los pacientes con SII.
 - C** En algunos pacientes el sorbitol, la cafeína, las grasas, el alcohol, los huevos, el trigo, los frutos secos o la leche pueden exacerbar la sintomatología del SII, aunque las dietas con exclusión de estos alimentos no han mostrado resultados concluyentes.
-

FIBRA Y LAXANTES

- C** La fibra soluble (ispagula, psilio) es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.
 - C** La fibra insoluble (salvado de trigo, fibra de maíz) no es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII.
 - D** Los laxantes podrían estar indicados en los pacientes con estreñimiento asociado al SII.
-

ANTIDIARREICOS

- B** La loperamida es efectiva en el tratamiento sintomático de la diarrea asociada al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.
 - Las resinas de intercambio aniónico pueden mejorar la diarrea asociada al SII.
-

ESPASMOLÍTICOS

- C** Los espasmolíticos mejoran el dolor abdominal del SII.
 - Los espasmolíticos anticolinérgicos deberían evitarse en los pacientes que presentan estreñimiento.
-

ANTIDEPRESIVOS

- B** Los antidepresivos tricíclicos a dosis reducidas mejoran el dolor abdominal del SII.
 - C** La fluoxetina no se ha mostrado eficaz en el tratamiento del SII.
 - C** La paroxetina podría mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con SII.
-

PROCINÉTICOS

- A** Los procinéticos no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- B** La terapia cognitiva-conductual y los programas educativos multidisciplinares podrían ser eficaces en el SII.
-

HIERBAS MEDICINALES

- B** El aceite de menta puede mejorar globalmente los síntomas del SII, aunque no se recomienda por sus efectos adversos.
 - C** Las hierbas medicinales chinas podrían ser eficaces para el tratamiento del SII, pero la evidencia disponible es limitada.
 - C** Las hierbas ayurvédicas no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-

OTROS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

- B** Los probióticos podrían mejorar la sintomatología global del SII.
 - C** La acupuntura, el yoga, la reflexología podal y el aloe vera no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-



GRADO DE RECOMENDACIÓN



RECOMENDACIÓN POR CONSENSO DEL GRUPO DE TRABAJO

1 Introducción

1.1. ANTECEDENTES

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 primaria y de un 16% a un 25% de las consultas de gastroenterología son debidas a esta afección¹.

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 síntomas². A pesar de no ser aparentemente un problema de salud grave, puede inducir a cirugías innecesarias³ y el impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados es considerable, especialmente en los que padecen síntomas moderados o graves⁴.

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 postinfecciosos.

1.2. LA NECESIDAD DE UNA GUÍA

La realización de una guía de práctica clínica (GPC) sobre el SII se justifica por varias razones: la alta prevalencia⁵, la ausencia de enfermedad orgánica objetivable y la falta de un tratamiento específico (lo cual ha favorecido el uso de múltiples fármacos y tratamientos alternativos). Por ello es necesaria una GPC que sintetice la mejor evidencia científica disponible sobre esta enfermedad y su tratamiento, favoreciendo el uso apropiado de las intervenciones propuestas.

El SII se asocia con frecuencia a otras enfermedades, como fibromialgia, depresión, enfermedad por reflujo gastroesofágico y otros trastornos funcionales gastrointestinales¹, y ello supone una mayor dificultad en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Además, no existe ninguna prueba o análisis clínico que sea específico para diagnosticar este síndrome, por lo que a menudo se llevan a cabo numerosas pruebas para descartar la existencia de patología. La falta de especificidad de las pruebas diagnósticas y la posible asociación con otras enfermedades requieren unos criterios protocolizados para establecer el diagnóstico de esta enfermedad, a lo que la GPC que aquí se presenta pretende contribuir.

El impacto económico del SII es muy importante por la elevada utilización de recursos sanitarios. Asimismo la disminución de la productividad por

baja laboral es otro factor que supone una pérdida económica sustancial⁶. Esta GPC quiere ser una ayuda para la utilización apropiada de los recursos sanitarios para esta enfermedad.

El SII es un trastorno que se aborda en distintos niveles asistenciales (atención primaria, consultas especializadas, urgencias, etc.), por lo que es necesaria una coordinación entre éstos y una homogeneización en cuanto al diagnóstico y al tratamiento de esta enfermedad. Esta GPC, al ser multidisciplinar, pretende ser una herramienta para estandarizar el diagnóstico y el tratamiento del SII, ya que aunque existen algunas GPC sobre el SII en otros países, en nuestro medio no se disponía de una.

1.3. OBJETIVOS

El objetivo principal de esta GPC es establecer un conjunto de recomendaciones, basadas en la evidencia científica, sobre el diagnóstico y el tratamiento del SII, a fin de disminuir la variabilidad en la práctica clínica y consensuar el abordaje de esta enfermedad tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada.

Las recomendaciones sobre el diagnóstico y tratamiento del SII que se presentan en esta GPC van dirigidas a la población adulta, por lo que no se trata este trastorno en la población infantil. Esta GPC tampoco aborda otros trastornos funcionales gastrointestinales que no cumplan los criterios diagnósticos del SII (como el estreñimiento crónico funcional o la distensión abdominal funcional) ni las enfermedades que a menudo pueden asociarse con el mismo, como la fibromialgia y la depresión.

Las preguntas que esta GPC quiere responder se encuentran al inicio de cada capítulo.

1.4. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Para establecer el nivel de evidencia y el grado de recomendación de las diferentes intervenciones evaluadas en esta GPC se ha realizado una revisión exhaustiva de la literatura (anexo 1) y se ha utilizado la metodología basada en la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (*Centre for Evidence-Based Medicine*), consultable en http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp.

En el anexo 2 se presenta una adaptación de esta propuesta considerada por el grupo de trabajo del Centro Cochrane Iberoamericano (<http://www.cochrane.es>). La elaboración de la misma se justifica por la necesidad de

evaluar tanto las intervenciones terapéuticas, preventivas y diagnósticas como la investigación sobre pronóstico, factores de riesgo y evaluación económica. En el ámbito internacional las diversas instituciones que elaboran GPC están desarrollando una nueva propuesta de clasificación consensuada sobre el nivel de evidencia y el grado de recomendación (GRADE Working Group)⁷.

1.5. ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA

Se prevee que esta guía, publicada en septiembre de 2005, será actualizada en el plazo de dos años o bien con anterioridad si hubiera evidencia científica que justificara un cambio en las recomendaciones publicadas. Cualquier modificación en este sentido quedará reflejada en la versión electrónica de la GPC, disponible en las páginas web de cada una de las instituciones que han participado en este proyecto.

2 Definición, criterios diagnósticos y subtipos

PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTE APARTADO:

1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR SII?
2. ¿QUÉ SUBTIPOS DE SII EXISTEN Y CÓMO SE ESTABLECEN?

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo que se define clínicamente por la asociación de malestar o dolor abdominal y alteraciones en el hábito deposicional (en número o en consistencia) sin causa orgánica conocida⁸⁻¹⁰.

En un intento de unificar el diagnóstico clínico de SII se han descrito una serie de criterios, que agrupan los diferentes síntomas y signos y pretenden establecer un diagnóstico positivo del síndrome (tabla 1). Estos síntomas y signos quedan descritos en el capítulo 4 (manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas).

El primer intento de definir los síntomas capaces de establecer un diagnóstico del SII fue el realizado en 1978 por Manning y colaboradores⁸, en el que se establecieron seis síntomas como criterios diagnósticos del SII. En estudios posteriores se observó que, de estos seis criterios, los tres primeros tienen un mayor valor predictivo diagnóstico mientras que los tres últimos son de menor utilidad¹¹. Posteriormente, en 1989, y mediante un proceso de consenso entre expertos reunidos en la ciudad de Roma, se establecieron unos criterios diagnósticos más precisos, los llamados criterios de Roma⁹, posteriormente modificados en 1992, para incluir una acotación temporal¹². En 1999, nuevamente por consenso, y en la misma ciudad se concretaron los criterios diagnósticos actualmente vigentes, los criterios de Roma II¹⁰.

Además del diagnóstico del SII, en los criterios de Roma II también se definen los subtipos de SII mediante los siguientes síntomas:

1. Menos de 3 deposiciones por semana
2. Más de 3 deposiciones por día
3. Deposiciones duras o en bolas
4. Deposiciones blandas o líquidas
5. Esfuerzo excesivo durante la defecación
6. Urgencia defecatoria
7. Sensación de evacuación incompleta
8. Presencia de moco durante las deposiciones
9. Sensación de hinchazón o distensión abdominal

Se considera como *subtipo con predominio de diarrea* cuando:

- Existen uno o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y ninguno de 1, 3 o 5.
- Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 2, 4 o 6 y uno de 1 o 5.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del SII

Criterios de Manning	
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal que mejora con la deposición • Deposiciones blandas en relación con el dolor • Mayor número de deposiciones en relación con el dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Distensión abdominal • Presencia de moco en las deposiciones • Sensación de evacuación incompleta
Criterios de Roma I	Criterios de Roma II
<p>Al menos 12 semanas de forma continua o recurrente de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor abdominal, que se alivia con la defecación, o que se asocia a un cambio en la frecuencia o en la consistencia de las heces; y / o 2. Dos o más de los siguientes síntomas al menos una cuarta parte de las ocasiones: <ol style="list-style-type: none"> a. Alteración de la frecuencia deposicional, b. Alteración de la consistencia de las heces (duras o líquidas), c. Alteraciones de la evacuación (esfuerzo o urgencia, evacuación incompleta), d. Moco en la deposición, e. Hinchazón o distensión abdominal. 	<p>Dolor o malestar abdominal, al menos 12 semanas en el último año, no necesariamente consecutivas, asociado al menos a dos de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se alivia con la defecación • Se asocia a cambio en el ritmo deposicional • Se asocia a cambio en la consistencia de las heces <p>Apoyan el diagnóstico aunque no son imprescindibles:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteración de la frecuencia deposicional 2. Alteración en la consistencia de las deposiciones 3. Alteraciones de la evacuación (esfuerzo, urgencia, incompleta) 4. Moco en la deposición 5. Hinchazón o distensión abdominal

Se considera como *subtipo con predominio de estreñimiento* cuando:

- Existen uno o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y ninguno de 2, 4 o 6.
- Están presentes dos o más de los síntomas enumerados como 1, 3 o 5 y uno de 2, 4 o 6.

Se considera como *subtipo alternante* cuando no reúne ninguna de las combinaciones anteriores.

Aunque con los otros criterios diagnósticos no se establecen específicamente los subtipos, en los distintos estudios publicados también se han asignado los diferentes subtipos según el trastorno evacuatorio predominante (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los subtipos de SII según los distintos criterios diagnósticos

Criterios Diagnósticos	Estreñimiento	Diarrea	Alternante
Manning (≥ 2) ^{13,14,15}	35%	38%	26%
Manning (≥ 3) ¹⁶	46%	34%	20%
Roma I ^{17,18}	26%	35%	38%
Roma II ¹⁹	44%	29%	27%

B En la actualidad el SII queda definido por los criterios diagnósticos de Roma II.

B Los criterios diagnósticos de Roma II establecen los subtipos de SII con predominio de estreñimiento, SII con predominio de diarrea y SII alternante.

3 Epidemiología

PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTE APARTADO:

3. ¿QUÉ IMPORTANCIA SOCIO-SANITARIA TIENE EL SII?

3.1. FRECUENCIA

El SII es el trastorno funcional digestivo más frecuente en la consulta médica. En un estudio realizado por médicos de familia ingleses, en el que se valoró el motivo por el que sus pacientes acudían a la consulta, se estableció que el 9,6% de las visitas eran por un problema digestivo, siendo el SII el trastorno más frecuente, que supuso el 29,8% de las mismas e implicó casi un 2,4% del total de consultas. En este mismo trabajo se observó que el 29% de los pacientes con SII eran remitidos al especialista²⁰. No obstante, cuando se evalúa el impacto del SII en la consulta del gastroenterólogo se observa que también un alto porcentaje de los pacientes que éste visita padecen SII¹.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS (3B)

3.2. PREVALENCIA

Varios estudios epidemiológicos de diversos países del mundo muestran prevalencias variadas, que dependen principalmente de la muestra de la población estudiada y de los criterios diagnósticos empleados. En la tabla 3 se presentan los resultados de los estudios realizados sobre amplias muestras aleatorias extraídas de la población general. Con respecto a los criterios diagnósticos empleados en estos estudios, se analizan básicamente los que han utilizado los criterios de Manning, los de Roma I y los de Roma II y que han sido realizados sobre población general, observándose variaciones según los criterios utilizados y según las poblaciones estudiadas.

ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS (2B)

En nuestro medio se han realizado dos estudios de prevalencia del SII sobre población general, cuyos resultados se presentan en la tabla 3. El primero³⁷ (con criterios de Roma I) mostró una prevalencia del 13,6% y en el segundo⁵ la prevalencia fue del 10,3% (Manning), 12,1% (Roma I) y 3,3% (Roma II).

ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS (2B)

3.3. INCIDENCIA

La incidencia del SII se ha estimado a partir de estudios de prevalencia sobre la población general, en los que se vuelve a interrogar a los sujetos al cabo de un tiempo, estableciéndose así el porcentaje de pacientes que en el primer interrogatorio estaban asintomáticos, y que posteriormente desarrollaron síntomas. En un estudio de esta índole

ESTUDIOS DE HISTORIA NATURAL (2B)

realizado sobre población de los Estados Unidos a los 12-20 meses del primer control se obtuvieron tasas de incidencia del 6,7% anual⁴². Otro estudio realizado en esta ocasión a los 5 años y sobre población danesa, ofrece una tasa de incidencia del 1,2% anual en varones y del 2,1% anual en mujeres⁴³.

La incidencia se obtuvo mediante otra metodología en un estudio realizado en Estados Unidos. Los autores de este trabajo identificaron a todos los pacientes diagnosticados de SII en una comunidad en un periodo de 3 años, revisaron las historias clínicas de una muestra aleatoria de los mismos durante los 10 años anteriores y excluyeron los pacientes que habían sido diagnosticados previamente. De esta forma se obtuvo una incidencia del SII del 2,4% en mujeres y del 1,4% en hombres⁴⁴.

3.4. FACTORES DE RIESGO

3.4.1. INFLUENCIA DEL GÉNERO

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2B)

En la mayoría de los estudios se observa una mayor prevalencia del SII en el género femenino que en el masculino, independientemente del criterio diagnóstico utilizado. Así, en un estudio epidemiológico realizado en España, se observó que la prevalencia del mismo es entre 2 y 4 veces mayor en mujeres que en hombres⁵.

El género influye además en el subtipo de SII, de forma que el subtipo con predominio de estreñimiento y el subtipo alternante son más frecuentes en mujeres (80%) mientras que el subtipo diarrea se distribuye por igual entre ambos sexos¹⁹.

Además de estas diferencias en la prevalencia del SII entre hombres y mujeres, también existen diferencias en cuanto a la clínica, en síntomas como la emisión de moco rectal, la sensación de evacuación incompleta, la distensión abdominal o la presencia de heces caprinas, que son más frecuentes en mujeres⁴⁵.

3.4.2. INFLUENCIA DE LA EDAD

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2B)

Aunque algunos estudios son discordantes en cuanto a si el SII aumenta o disminuye con la edad, los datos obtenidos del análisis específico de grupos de mayor edad (de 65-93 años) sugieren que la prevalencia es inferior a la de la población general^{46,47}.

Tabla 3. Prevalencia del síndrome del intestino irritable sobre población general en distintos países y según los diferentes criterios diagnósticos (porcentajes)

	Manning (≥ 2)	Manning (≥ 3)	Roma I	Roma I modif.*	Roma II
Estados Unidos					
Talley, 1991 ²¹ (n: 835)	17,0	12,8			
Drossman, 1993 ²² (n: 5430)				9,4	
Hahn, 1997 ²³ (n: 42392)	8			3	
Saito, 2002 ²⁴ (n: 643)	20,4	15,7	13,1	8,5	
Saito, 2003 ²⁵ (n: 643)			27,6	6,8	5,1
Canadá					
Thompson, 2002 ²⁶ (n: 1149)				13,5	12,1
Australia					
Talley, 1997 ²⁷ (n: 730)	13,1			12,3	
Boyce, 2000 ²⁸ (n: 2910)	13,6			4,4	6,9
Reino Unido					
Jones, 1992 ¹⁴ (n: 1620)	21,6				
Heaton, 1992 ²⁹ (n: 1896)		9,5			
Kennedy, 1998 ³⁰ (n: 3169)		17,2			
Wilson, 2004 ³¹ (n: 4807)					8,1
Italia					
Gaburri, 1989 ¹³ (n: 533)	8,6				
Suecia					
Agreus, 1995 ³² (n: 1290)	12,5				
Alemania					
Müller-Lissner, 2001 ³³ (n: 33186)			9,7		
Francia					
Bommelaer, 1986 ³⁴ (n: 1200)		14,2			
Bommelaer, 2002 ¹⁸ (n: 11131)			4		
Finlandia					
Hillilä, 2004 ³⁵ (n: 3650)	16,2	9,7		5,5	5,1
Croacia					
Baretic, 2002 ³⁶ (n: 500)			28,2		
España					
Caballero, 1999 ³⁷ (n: 264)			13,6		
Mearin, 2001 ⁵ (n: 2000)	10,3		12,1	4,9	3,3
Bangladesh					
Masud, 2001 ³⁸ (n: 2426)	24,4			8,5	
China					
Xiong, 2004 ³⁹ (n: 4178)	11,5				5,7
Hong Kong					
Kwan, 2002 ⁴⁰ (n: 1000)					6,6
Malasia					
Rajendra, 2004 ⁴¹ (n: 949)					14

*La modificación propuesta en 1992 exigía un periodo de al menos 3 meses de sintomatología

3.4.3. INFLUENCIA DE LA RAZA

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2B)

Se han realizado diversos estudios para determinar si dentro de una determinada población existen diferencias en la tasa de prevalencia según la raza, y en general no se han encontrado. Se han identificado dos estudios publicados en los Estados Unidos: uno que comparaba estudiantes de raza blanca y de raza negra, y que concluyó que no había diferencias entre ambos (15% vs 16,9%)⁴⁸ y otro que comparaba sujetos blancos de la población general (hispanos y no-hispanos), que mostró que la prevalencia era significativamente menor en los primeros (16,9% vs 21,8%)⁴⁹. En otro estudio realizado en Singapur, los autores no encontraron diferencias entre las distintas etnias que incluyeron en su investigación: indios, chinos o malayos⁵⁰.

- B** La prevalencia del SII en nuestro país varía entre el 3,3% y el 13,6% según los criterios diagnósticos empleados.
- B** Las mujeres tienen una mayor prevalencia del SII y los subtipos más frecuentes en este género son el subtipo con predominio de estreñimiento y el subtipo alternante.
- B** La raza no es un factor influyente en el SII.
- B** La prevalencia del SII es inferior en ancianos.

3.5. IMPACTO SOCIOECONÓMICO

ESTUDIOS ECONÓMICOS (3B)

Una revisión sistemática (RS) acerca del impacto económico del SII⁵¹ del año 2003 concluyó que este síndrome está asociado a un importante gasto sanitario y social.

Así, la media de los costes directos del manejo de esta enfermedad serían de 90 libras en el Reino Unido (130,58 euros), 259 dólares canadienses en Canadá (159,83 euros) y 619 dólares (464,40 euros) en los Estados Unidos por paciente y año, con un total anual de costes directos de 45,6 millones de libras en el Reino Unido (66.110.910 euros) y 1,35 billones de dólares en USA (1.053.000.000 euros). Los gastos relativos al consumo de recursos por los pacientes oscilaron entre 742 y 3.166 dólares (556 y 2.375 euros), mientras que los gastos por pérdida de productividad fueron de entre 335 y 748 dólares (251 y 561 euros), con un coste total anual de 205 millones de dólares en los Estados Unidos (154.112.164 euros).

Otro dato significativo es que la falta de un tratamiento efectivo supone un bajo porcentaje (6%) de los gastos sanitarios directos, mientras que el gasto relativo al ingreso del paciente para evaluación, diagnóstico y

tratamiento es superior (63%). A modo de ejemplo, en el caso del ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), esta situación está invertida: los gastos farmacéuticos constituyen el 63% de los gastos sanitarios directos y los ingresos para estudio y tratamiento suponen un 21%.

No se dispone de estudios locales sobre el impacto socioeconómico del SII.



El SII está asociado a un alto gasto económico.

4 Manifestaciones clínicas y enfermedades asociadas

PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTE APARTADO:

4. ¿CUÁL ES LA CLÍNICA DEL SII?
5. ¿QUÉ ENFERMEDADES PUEDEN ASOCIARSE CON EL SII?

4.1. CLÍNICA

Las manifestaciones clínicas digestivas del SII son principalmente^{9,10}:

- *Dolor o malestar abdominal*: El dolor o malestar abdominal es un síntoma exigido como criterio diagnóstico sin el cual no podemos hablar de SII. Suele ser cólico, de localización variable, y su intensidad suele modificarse con la defecación o las ventosidades.
- *Diarrea*: La diarrea suele ser diurna, generalmente postprandial, semi-líquida o líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecatoria, y puede también ser precedida de dolor cólico abdominal. Este tipo de diarrea no se asocia a fiebre ni rectorragia, aunque puede existir mucorrea.
- *Estreñimiento*: El estreñimiento suele ser de heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre. Suele acompañarse de distensión abdominal. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, al igual que sucede con la mucorrea, la distensión abdominal o la sensación de evacuación incompleta⁴⁵.
- *Otros síntomas digestivos*: La distensión abdominal puede ser muy llamativa en algunos enfermos. También es común que estos pacientes aquejen síntomas digestivos variados, como la pirosis, presente hasta en el 46,5% de los pacientes³⁰, o bien otros trastornos funcionales como la dispepsia funcional, que se puede observar hasta en el 47,6% de los pacientes con SII^{22,30,32,37,52}.

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (3A)

Algunas manifestaciones clínicas extradigestivas son significativamente más frecuentes en los pacientes con SII que en la población general (tabla 4⁵³). El SII puede asociarse también a otras enfermedades extradigestivas, de entre las que cabe destacar la fibromialgia, presente en alrededor del 32,5% (28%-65% según los estudios) de los pacientes con SII⁵³, el síndrome de fatiga crónica en un 51% (35%-92%), el dolor abdominal pélvico crónico, observado en el 49,9% (29%-79%) de las mujeres que padecen de SII⁵³, o la disfunción de la articulación témporo-mandibular⁵³.

4.2. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

ESTUDIOS DE HISTORIA NATURAL (2C)

El curso clínico del SII se caracteriza por la presencia de síntomas alternando con periodos asintomáticos⁵⁴. Una RS reciente⁵⁵ concluyó que el SII es un diagnóstico estable y que una vez se establece el diagnóstico clínico, la probabilidad de que se diagnostique un trastorno gastrointestinal orgánico es de un 2% a un 5% en un periodo de 6 meses a 6

Tabla 4. Síntomas extradigestivos asociados al SII

Síntoma	Porcentaje en pacientes con SII (intervalos obtenidos en distintos estudios) ⁴⁹
Cefalea	23,1-45
Dorsalgia	27,6-81
Lumbalgia	37,1-88
Fatiga	36,3-63
Insomnio	30
Disminución de la libido	13,4-26,9
Dolores musculares	29-36,3
Dispareunia	9,3-43
Polaquiuria	20,5-61
Tenesmo vesical	60
Nicturia	53
Vaciamiento incompleto de la vejiga	50
Halitosis	16,3-65
Palpitaciones	13-44
Vértigo	11-27
Rigidez	27,1

años. El seguimiento a largo plazo (media de dos años) indicó que entre un 2% a un 18% de pacientes presentaron un empeoramiento de sus síntomas, en un 30% a un 50% no hubo cambios en su sintomatología y la gran mayoría mejoraron. Algunos signos predictivos para el empeoramiento de la sintomatología fueron: cirugía previa, depresión y ansiedad. Una limitación de estos estudios es la heterogeneidad de los criterios diagnósticos y las definiciones utilizadas.

Por otra parte, los pacientes con SII pueden sufrir intervenciones quirúrgicas innecesarias por una mala apreciación diagnóstica. En dos estudios epidemiológicos realizados sobre población general en el Reino Unido, los pacientes con SII presentaron un aumento del riesgo de haber sufrido una histerectomía (Riesgo relativo (RR) 1,6; IC 95%: 1,1-2,2)⁵⁶ o una colecistectomía (RR 1,9; IC 95%: 1,2-3,2)⁵⁷ en comparación con la población general. No obstante, otro estudio concluyó que la histerectomía se asociaba a estreñimiento y la colecistectomía a cierta urgencia defecatoria, pero sin que se cumplieren los criterios estrictos del SII⁵⁸. Esta asociación del SII con los actos quirúrgicos ha sido confirmada por una RS⁵⁹ y por un amplio estudio epidemiológico³, que mostraron que estos pacientes pre-

**ESTUDIOS DE
COMPLICACIONES (2A)**

- ✓ Las principales manifestaciones clínicas del SII son el dolor abdominal y las alteraciones deposicionales (diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos).
- B El SII puede asociarse con otras enfermedades, como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o el dolor pélvico crónico.

sentaban antecedentes de cirugía abdominal y pélvica con una frecuencia significativamente mayor que la población general. En resumen, es probable que estos pacientes sean sometidos a cirugías innecesarias si no se establece el diagnóstico adecuado.

4.3. CALIDAD DE VIDA

El estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es especialmente importante en el SII debido a la presencia de alteraciones funcionales y la ausencia de lesiones orgánicas. Para poder estudiar la CVRS en el SII se han empleado tanto cuestionarios genéricos como específicos que permiten tanto evaluar el impacto de este síndrome como el efecto de los diversos tratamientos sobre la calidad de vida (tabla 5)⁶⁰. Entre estos cuestionarios, algunos han sido validados en castellano, como el IBSQOL, que se presenta en el anexo 5.

Tabla 5. Instrumentos utilizados para valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con síndrome del intestino irritable

Cuestionarios genéricos

- SF-36 (Short-Form 36)⁶⁸
- Perfil de Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile, SIP)⁶⁹
- Índice de Bienestar General Psicológico (Psychological General Well-Being Index, PGWB)⁷⁰

Cuestionarios específicos

- Cuestionario de Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire, IBSQOL)^{71,72}
- Medida de la Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life Measure, IBA-QOL)⁷³
- Cuestionario de Calidad de Vida de los Trastornos Funcionales Digestivos (Functional Digestive Disorder Quality of Life Questionnaire, FDDQL)⁷⁴
- Cuestionario del Síndrome del Intestino Irritable (Irritable Bowel Syndrome Questionnaire, IBSQ)⁷⁵
- Síndrome del Intestino Irritable-36 (Irritable Bowel Syndrome-36, IBS-36)⁷⁶

ESTUDIOS DE COMPLICACIONES (2c)

Diversos estudios muestran que los pacientes con SII tienen una peor calidad de vida que la población general, independientemente de que se trate de pacientes que acuden a un centro hospitalario^{61,62} o sean atendidos en centros de atención primaria⁶³. Los pacientes con mayor intensidad de los síntomas⁶⁴, los que acuden al médico⁶⁵, o los que acuden a un centro hospitalario en lugar de ir a un centro de atención primaria⁶⁶ tienen una peor CVRS.

Una RS⁶⁷ evaluó los estudios de CVRS en pacientes con SII en comparación con grupos control (sujetos sanos) y con pacientes con otras enfermedades. Once estudios mostraron una disminución significativa de la CVRS en los pacientes con SII que presentaban síntomas moderados o graves en comparación con los sujetos sanos, aunque otros dos estudios no confirmaron estos resultados.

-
- B** El SII es un diagnóstico estable.
 - B** El SII puede acarrear cirugías innecesarias.
 - B** Los pacientes con SII con síntomas moderados o graves pueden tener una peor calidad de vida que la población sana.
 - B** Existen cuestionarios específicos válidos para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con SII.
-

5 Mecanismos fisiopatológicos y patogénicos

6. ¿CUÁLES SON LOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS Y PATOGENÉTICOS DEL SII?
7. ¿QUÉ SITUACIONES PREDISPONEN AL DESARROLLO DEL SII?

Se han propuesto varios factores patogénicos responsables del SII, como las alteraciones en la motilidad, las alteraciones en la sensibilidad visceral y los factores psicológicos. Recientemente se han añadido otros factores, como los genéticos y los postinfecciosos (tabla 6).

Para conocer qué mecanismos y factores están asociados a un síndrome multifactorial, como es el SII, la metodología empleada en los diferentes estudios es fundamental. Los estudios disponibles presentan una heterogeneidad considerable, tanto en su calidad como en el diseño, por lo que es difícil disponer de información concluyente.

5.1. FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2c)

La observación de una mayor prevalencia de los trastornos funcionales digestivos en determinadas familias⁷⁷ ha hecho pensar en la posibilidad de una predisposición genética. Un estudio realizado en gemelos concluyó que la posibilidad de padecer trastornos funcionales digestivos puede ser atribuida en un 56,9% a factores genéticos y en un 43,1% a factores ambientales⁷⁸. En parejas de gemelos se ha observado que la probabilidad de padecer el SII en ambos hermanos era el doble entre gemelos univitelinos (17,2%) que entre bivitelinos (8,4%)⁷⁹. Parece existir una mayor probabilidad de padecer SII en gemelos bivitelinos cuyo padre o madre padecía dicho trastorno que en gemelos bivitelinos cuyo hermano tenía también SII, lo que implicaría que el aprendizaje en el ámbito de la familia es tan importante como la carga genética⁷⁹. El papel fundamental del aprendizaje social se ha visto reforzado por otro estudio que mostró que la existencia de un familiar de primer grado con síntomas de dolor abdominal o trastornos intestinales se asociaba a la probabilidad de padecer SII⁸⁰.

Tabla 6. Principales mecanismos fisiopatogénicos descritos del SII

- Factores genéticos y ambientales
- Alteraciones de la motilidad digestiva
- Hipersensibilidad visceral
- Mecanismos inflamatorios y postinfecciosos
- Morbilidad psicológica
- Abuso físico y sexual

El papel de los factores genéticos en el SII también se ha manifestado al observar que algunos pacientes con SII tienen una menor producción de interleuquina 10, una citoquina con capacidad antiinflamatoria cuya síntesis está regulada genéticamente⁸¹, o son capaces de modular una respuesta distinta a algunos fármacos a través de los polimorfismos genéticos de la proteína transportadora de la serotonina (SERT)⁸².

5.2. ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD DIGESTIVA

Durante muchos años se ha considerado a las alteraciones de la motilidad digestiva como el principal factor fisiopatológico del SII. Se ha observado que algunos pacientes con SII con predominio de diarrea tienen acelerado el tránsito intestinal y colónico, mientras que pacientes con SII con predominio de estreñimiento tienen dicho tránsito enlentecido^{83,84}.

Posteriormente se ha comprobado que, si bien existen algunas alteraciones en sujetos con SII, éstas son menos importantes de lo que en un principio se pensaba y no se correlacionan bien con los síntomas percibidos⁸⁵. Los pacientes con SII tienen patrones motores a nivel de intestino delgado y colon similares cualitativamente a los observados en controles sanos aunque su respuesta a distintos estímulos, tales como la ingesta, el estrés o la inyección de colecistoquinina es en muchos casos cuantitativamente diferente⁸⁴.

Mediante técnicas de estudio de la dinámica del gas intestinal se ha observado que los pacientes con SII retienen gas y que esta retención se correlaciona con la intensidad de los síntomas de malestar y distensión abdominal, que aparecen incluso con cantidades mínimas de retención⁸⁶. Esta retención está favorecida de forma fisiológica por la ingesta de lípidos, aunque los pacientes con SII presentan mayor retención de gas a menor ingesta de lípidos⁸⁷.

5.3. HIPERSENSIBILIDAD VISCERAL

La falta de correlación entre los síntomas y las alteraciones de la motilidad ha hecho crecer el interés en los trastornos de la sensibilidad visceral como mecanismos fisiopatológicos.

Mediante estudios de distensión intraluminal^{83,88,89} se ha observado cómo se desencadenan los síntomas con niveles de distensión significativamente menores que en los controles sanos, lo que implica que los sujetos con SII perciben con mayor intensidad estímulos que los sujetos sanos notan

ESTUDIOS
DE ETIOLOGÍA (4)

ESTUDIOS
DE ETIOLOGÍA (4)

menos (hiperalgesia), o que perciben como dolorosos estímulos que los controles no llegan a notar (alodinia).

Este aumento de la sensibilidad visceral no sólo se limita a estímulos provocados como la distensión, sino que incluso algunos pacientes con SII pueden percibir como molestos fenómenos fisiológicos como son los movimientos intestinales^{83,88}. Este aumento de la sensibilidad podría ser más general, ya que parece estar asociado a un aumento de la sensibilidad cutánea a estímulos térmicos⁹⁰.

5.4. MECANISMOS INFLAMATORIOS Y POSTINFECCIOSOS

La observación clínica de que algunos pacientes con SII relacionan el inicio de sus síntomas tras un episodio de gastroenteritis aguda se ha confirmado con diversos estudios epidemiológicos que determinaron que entre el 7% y el 31% de los pacientes que sufrieron una gastroenteritis aguda desarrollaron un SII⁹¹.

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2B)

Un amplio estudio de cohortes, realizado sobre más de medio millón de sujetos de la población general y sobre más de 300 pacientes con gastroenteritis aguda concluyó que el riesgo relativo de padecer SII en estos pacientes está aumentado (RR 11,9; IC 95%: 6,7-21,0)⁹².

Los factores de riesgo asociados al desarrollo de SII en pacientes que han sufrido una gastroenteritis son: la existencia de trastornos psicológicos previos, como la ansiedad o la depresión^{93,94}, pertenecer al sexo femenino⁹⁵, o haber tenido una gastroenteritis de curso más largo y más grave⁹⁵. También está implicado el patógeno responsable de la gastroenteritis, ya que se ha observado que el riesgo es 10 veces mayor cuando la infección es producida por *Campilobacter* o *Shigella* que cuando es por *Salmonella*⁹⁶.

Los mecanismos por los que se desarrollaría un SII tras un episodio de gastroenteritis son básicamente inflamatorios, de forma que la inflamación mínima de la mucosa (no detectable con la endoscopia o la histología convencional) jugaría un papel importante. Varios estudios han mostrado un aumento de las células inflamatorias (mastocitos, linfocitos T o macrófagos) en la mucosa yeyunal, ileal o rectocolónica de pacientes con SII^{97,98}. Estas células inflamatorias al activarse liberan mediadores de la inflamación como interleuquinas, óxido nítrico, histamina o proteasas, que son capaces de alterar el funcionamiento de las terminaciones nerviosas intestinales, tanto motoras como sensitivas, provocando así alteraciones en la motilidad intestinal y aparición de dolor o malestar abdominal⁹⁹. Un estudio reciente ha mostrado que la intensidad y frecuencia

del dolor abdominal en pacientes con SII se correlaciona con la mayor proximidad de mastocitos activados en las terminaciones nerviosas de la mucosa colónica¹⁰⁰.

5.5. MORBILIDAD PSICOLÓGICA

Un estudio¹⁸⁹ que evaluó la asociación de los síntomas físicos funcionales con la ansiedad y la depresión concluyó que los pacientes con síndromes funcionales (SII, síndrome de fatiga crónica, dispepsia funcional) padecen una depresión o un trastorno de ansiedad con una frecuencia mayor que los sujetos sanos o que los pacientes con enfermedades parecidas de causa orgánica conocida. Por otra parte, no existe una diferencia significativa en la frecuencia de los desórdenes depresivos o el grado de sintomatología entre pacientes con estos síntomas funcionales comparados con grupos con trastornos psiquiátricos mixtos. El grado de ansiedad es mayor en los pacientes que consultan a un médico por sus síntomas funcionales gastrointestinales que los que no lo hacen.

ESTUDIOS
DE ETIOLOGÍA (2C)

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en los pacientes con SII son: trastornos afectivos, ansiedad, somatización y cancerofobia. Estas alteraciones son frecuentes en los pacientes que consultan al médico, ya que entre los que no acuden a la consulta, la presencia de trastornos psicológicos es similar a la de la población general^{93,97}. El estrés psicológico agudo podría afectar la actividad motora y la percepción visceral⁹⁷, lo que explicaría el porqué más de la mitad de los pacientes con SII relacionan los episodios de exacerbación de sus síntomas con situaciones estresantes¹⁹⁰.

5.6. ABUSO FÍSICO Y SEXUAL

En un estudio realizado en una muestra consecutiva de 206 mujeres con trastornos funcionales gastrointestinales en un centro terciario de referencia en los EEUU, el 44% de las mujeres documentaron antecedentes de abuso sexual y físico mediante un cuestionario validado¹⁰¹.

ESTUDIOS
DE ETIOLOGÍA (2C)

Este mismo cuestionario se utilizó en otro estudio¹⁰² realizado en una muestra consecutiva de 68 hombres y 149 mujeres (también en un centro terciario), mostrando un porcentaje de antecedentes de abuso físico o sexual del 30%.

Estos estudios^{101,102} sugieren que las personas que han sufrido abusos podrían tener más riesgo de desarrollar un SII que las que no los han sufrido, aunque se desarrollaron en centros altamente especializados y no reflejan los resultados en la población real. Por otra parte, de una muestra con-

secutiva de 1046 pacientes que acudieron a la consulta de gastroenterología de un centro terciario, 997 respondieron a un cuestionario validado. Los pacientes con antecedentes de abusos tuvieron un riesgo superior de presentar SII en comparación con los que no los habían sufrido (Odds ratio (OR): 1,7; IC 95%: 1,2-2,5)¹⁰³.

5.7. SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2c)

El sobrecrecimiento bacteriano ha sido descrito como otro de los mecanismos fisiopatológicos implicados en el SII¹⁰⁴. No obstante, esta teoría está defendida casi exclusivamente por los datos provenientes de un solo grupo de investigadores, mientras que otros no han encontrado que el sobrecrecimiento bacteriano sea un hecho muy frecuente en estos pacientes¹⁰⁵.

Un ensayo clínico en el que 111 pacientes con SII (84% de los mismos con test del aliento alterado) fueron aleatorizados a neomicina o placebo, mostraron una mejoría del 75% de los síntomas en los pacientes con SII en los que se conseguía normalizar la prueba del aliento¹⁰⁶. Sin embargo, este ensayo examinó una población previamente seleccionada mediante una metodología no refrendada en estudios posteriores¹⁰⁵ y no utilizó un grupo control para determinar si los antibióticos disminuyeron efectivamente la sintomatología.

5.8. OTROS MECANISMOS

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (2c)

El ciclo menstrual influye en la percepción de síntomas y en el estado psicológico de mujeres que padecen de SII¹⁰⁷, habiéndose demostrado además que la sensibilidad rectal aumenta durante el periodo menstrual en pacientes con SII, pero no en controles sanas¹⁰⁸, lo que podría implicar un papel patogénico de las hormonas sexuales en el SII.

ESTUDIOS DE ETIOLOGÍA (3B)

El consumo de antibióticos también se ha relacionado con la aparición del SII. Un estudio prospectivo de casos y controles¹⁰⁹ mostró un riesgo tres veces superior de padecer síntomas funcionales intestinales cuatro meses más tarde en los pacientes que tomaron antibióticos.

 No se conoce exactamente la causa del SII.

 El SII es consecuencia de una variedad de causas incluyendo factores genéticos, alteraciones de la motilidad digestiva, hipersensibilidad visceral, alteraciones psicológicas e historia de abuso físico y/o sexual.

6 Proceso diagnóstico

8. ¿CUÁL ES EL VALOR PREDICTIVO DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL SII?
9. ¿QUÉ SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA Y/O ANTECEDENTES NOS OBLIGAN A DESCARTAR ORGANICIDAD EN UN PACIENTE CON SOSPECHA INICIAL DE SII?
10. ¿QUÉ EXPLORACIONES SON NECESARIAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SII ?
11. ¿EN QUÉ MOMENTO DE LA EVOLUCIÓN DE UN SII SERÁN NECESARIAS OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?

6.1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El valor clínico de los criterios diagnósticos del SII (ver capítulo 2) viene determinado por su capacidad de discriminar entre patología funcional y orgánica. Así, los criterios de Manning tienen un valor predictivo positivo de entre el 65% y el 75%⁸. En estudios posteriores se ha comprobado que la probabilidad diagnóstica se incrementa al aumentar el número de criterios que cumple un determinado paciente¹⁰. Sin embargo, otros autores han encontrado que la especificidad de los criterios de Manning para el diagnóstico del SII es baja^{111,112} y que depende del sexo y edad de los enfermos: menor en los varones y en edades avanzadas¹¹³.

A fin de mejorar el valor discriminativo se desarrollaron los criterios de Roma I, que tienen una sensibilidad del 63%, una especificidad del 100% y un valor predictivo positivo del 98%-100%, tal como se comprobó en un estudio diseñado para evaluar su validez diagnóstica¹¹⁴. Finalmente, con respecto a los criterios de Roma II, se ha comprobado en estudios que comparaban distintos criterios diagnósticos que son más restrictivos que los anteriores^{5,115}, de forma que hasta dos tercios de los pacientes diagnosticados con los criterios de Roma I no reúnen los criterios diagnósticos de Roma II¹¹⁶.

No se dispone de estudios que valoren la sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo de los criterios diagnósticos de Roma II.

Dado que los criterios diagnósticos tienen un alto valor predictivo positivo en el SII, en pacientes sin síntomas o signos de alarma es suficiente el hecho de que un paciente cumpliera dichos criterios para poder establecer con seguridad el diagnóstico de SII, sin necesidad de realizar exploraciones complementarias¹¹⁷.

6.2. SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

Los síntomas o signos de alarma que condicionan la realización de exploraciones para realizar el diagnóstico diferencial con otras enfermedades orgánicas (como enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal, malabsorción, etc) son: inicio de los síntomas en paciente de más

ESTUDIOS
DE DIAGNÓSTICO (2B)

de 50 años, alteraciones en la exploración física, presencia de síntomas nocturnos, fiebre, anemia o pérdida de peso no intencionada, presencia de sangre en heces, o historia familiar de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad celíaca^{117,118} (tabla 7).

Tabla 7. *Síntomas y signos de alarma*

- Inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años
- Alteraciones en la exploración física
- Presencia de síntomas nocturnos
- Fiebre
- Anemia
- Pérdida de peso no intencionada
- Presencia de sangre en heces
- Historia familiar de cáncer colorrectal
- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal
- Historia familiar de enfermedad celíaca

B En ausencia de síntomas y signos de alarma, el cumplimiento de los criterios diagnósticos es suficiente para establecer el diagnóstico del SII.

6.3. EVALUACIÓN DE LAS DISTINTAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La realización de exploraciones complementarias en un determinado paciente vendrá condicionada por la clínica predominante y la presencia de síntomas o signos de alarma. A su vez, las exploraciones complementarias pueden estar justificadas en caso de falta de respuesta al tratamiento (algoritmo 5).

6.3.1. ANALÍTICA

En los casos en que haya presencia de síntomas o signos de alarma o bien síntomas que no ceden con el tratamiento parece aceptable el realizar una analítica basal que incluya hemograma completo y velocidad de sedimentación globular y/o proteína C reactiva, a fin de descartar anemia o parámetros de actividad inflamatoria.

En un estudio que evaluó la presencia de alteraciones en el valor de la TSH (hormona estimulante del tiroides) en pacientes con SII se detec-

taron un 6% de anomalías de la función tiroidea¹¹⁹, cifra que se encuentra en la media de la prevalencia de dichas alteraciones en la población general que es de 5%-9%¹²⁰. Por este motivo, no hay suficiente evidencia de que la determinación de la TSH sea útil en el diagnóstico de exclusión del SII.

**ESTUDIOS
DE DIAGNÓSTICO (3B)**

La enfermedad celíaca es relativamente frecuente en nuestro país de forma que su prevalencia en la población general es del 2,6%¹²¹. La clínica de la enfermedad celíaca puede ser muy similar a la del SII, y de hecho en algunos estudios realizados en pacientes con SII se observa que la prevalencia de celiaquía es mayor aún que en la población general^{122,123}. Algunos estudios de coste-efectividad aconsejan solicitar serología con anticuerpos antitransglutaminasa en pacientes con SII con predominio de diarrea^{124,125}.

**ESTUDIOS
DE DIAGNÓSTICO (4)**

**ESTUDIOS
ECONÓMICOS (1B)**

Dos estudios^{119,126} evaluaron la búsqueda sistemática de parásitos en heces en pacientes con SII con predominio de diarrea, concluyendo que ésta no estaría justificada, a no ser que se recoja el antecedente de un viaje reciente a áreas con infecciones endémicas, o en pacientes inmunodeprimidos.

**ESTUDIOS
DE DIAGNÓSTICO (3B)**

6.3.2. EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS

La utilización de estudios radiológicos del colon (enema opaco y tiempo de tránsito colónico) ha sido evaluada en un estudio que no encontró diferencias significativas en la prevalencia de enfermedades orgánicas entre pacientes con SII y controles asintomáticos¹²⁷, lo que descarta el uso de estas técnicas en los pacientes con sospecha de SII.

**ESTUDIOS
DE DIAGNÓSTICO (3B)**

6.3.3. COLONOSCOPIA

El papel de la colonoscopia en el diagnóstico del SII ha sido evaluado en distintos estudios de forma que dos de ellos, que en total incluyeron a 502 pacientes, detectaron 6 casos de patología orgánica responsable de la sintomatología, lo que supone un 1,2% del total de pacientes evaluados^{119,126}. Por el contrario, otro estudio realizado sobre 89 pacientes con SII a los que incluso se les hacía biopsia rectal no detectó ninguna anomalía orgánica que pudiera ser responsable de los síntomas¹²⁸.

**ESTUDIOS
DE DIAGNÓSTICO (3B)**

A este respecto, hay que mencionar que la colitis microscópica, que engloba tanto a la colitis linfocítica como a la colitis colágena, es relativamente frecuente en mujeres con diarrea crónica, de forma que en nuestro país, su prevalencia alcanza el 9,5% de estas pacientes¹²⁹, por lo que en mujeres con diarrea que no respondan a la terapia inicial puede estar indi-

cada la realización de una colonoscopia con toma de biopsias. En cualquier caso, y exceptuando esta última situación, no hay suficiente evidencia para recomendar el uso de la colonoscopia en el diagnóstico del SII, a no ser que haya signos o síntomas de alarma o esté recomendado como programa de cribado de cáncer colorrectal en mayores de 50 años.

6.3.4. OTRAS EXPLORACIONES

ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE SÍNTOMAS (3B)

La intolerancia a la lactosa es frecuente en la sociedad occidental, de forma que hasta el 32,5% de nuestra población la padece¹³⁰, por lo que valorar cual es el papel de dicha intolerancia en los pacientes con SII no es fácil. Así, en estudios que comparan cohortes de pacientes con SII con población sin SII detectan porcentajes similares en ambos grupos¹¹⁸, por lo que no hay evidencia de que el uso de la prueba del aliento con lactosa aporte beneficios en el diagnóstico de los pacientes con SII.

-
- B** La realización de una analítica no está justificada para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII y no tengan síntomas y/o signos de alarma.
 - B** La búsqueda de parásitos en heces no está justificada para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII.
 - B** La realización de un enema opaco no está justificado para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII.
 - B** La realización de una colonoscopia no está justificada para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII y no tengan síntomas y/o signos de alarma, a excepción de que sean mayores de 50 años y por tanto, subsidiarios de cribado del cáncer colorrectal.
 - B** La realización del test del aliento con lactosa no está justificado para excluir enfermedad orgánica en aquellos pacientes que cumplan los criterios diagnósticos del SII.
-

7 Tratamiento

12. ¿QUÉ MEDIDAS GENERALES HAN DEMOSTRADO SER EFICACES EN EL TRATAMIENTO DEL SII?
13. ¿QUÉ INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS Y NO FARMACOLÓGICAS HAN DEMOSTRADO SER EFICACES EN EL TRATAMIENTO DEL SII?

7.1. MEDIDAS GENERALES

En el tratamiento de cualquier enfermedad, pero especialmente en los trastornos funcionales digestivos, es necesario establecer una relación médico-paciente efectiva. Un porcentaje importante de los pacientes con SII presentan episodios sintomáticos durante años, por lo que es necesaria una relación de apoyo a largo plazo¹.

7.1.1. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Algunos estudios sugieren que establecer una relación terapéutica con el paciente se asocia a una disminución del número de visitas, una mayor satisfacción del paciente e incluso una reducción de su sintomatología^{131,132}. Es aconsejable tener en cuenta los siguientes elementos para una relación médico-paciente terapéutica: 1) explicar exhaustivamente y con un lenguaje asequible la enfermedad, 2) escuchar atentamente al paciente y determinar la comprensión de su patología y sus dudas (respondiendo a ellas), 3) establecer unos límites realistas y consistentes, 4) implicar al paciente en el tratamiento¹³³.

ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (2a)

Un estudio antes-después¹³⁴ en 67 pacientes con SII evaluó el efecto de una estrategia que consistía en dos consultas estructuradas con un gastroenterólogo. Este estudio concluyó que, en comparación con los dos años previos a la intervención, se redujo significativamente el número de visitas ambulatorias por causas gastroenterológicas. La calidad del estudio es limitada puesto que no controló factores como el porcentaje de pacientes que recibieron medicación o tratamiento psicológico.

ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (2c)

7.1.2. CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA

Se han utilizado algunas intervenciones de forma empírica en los pacientes con SII, como el promover la realización de ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada y el dedicar un tiempo suficiente y adecuado para la defecación¹³⁵. Aunque no se dispone de evidencia científica sólida, estas intervenciones pueden mejorar los síntomas y por tanto la calidad de vida de determinados pacientes. Otras medidas propuestas son la realización de un diario de síntomas y hábitos

ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (2c)

dietéticos, que podría ayudar a identificar los posibles factores desencadenantes¹³⁶.

7.1.3. FACTORES DIETÉTICOS

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (2B)

Algunos pacientes pueden atribuir sus síntomas a factores dietéticos, por lo que suelen pedir recomendaciones. En algunos pacientes, el sorbitol (edulcorante), la cafeína, el alcohol, las grasas o la leche pueden exacerbar los síntomas¹³⁶ aunque una RS¹³⁷ con algunos errores metodológicos no obtuvo resultados concluyentes sobre una posible intolerancia alimentaria o una asociación con el consumo de lactosa, cafeína o sorbitol. Otra RS¹³⁸ concluyó que un 15-71% de pacientes mejoraron su sintomatología con una dieta de exclusión. Los alimentos implicados en la sintomatología de los pacientes fueron principalmente la leche, el trigo y los huevos, aunque el café y los frutos secos fueron identificados en algunos estudios. Ninguno de éstos cumplió los mínimos criterios de calidad y validez previamente establecidos.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (2B)

En un ensayo clínico aleatorizado (ECA)¹³⁹ reciente los pacientes fueron aleatorizados a recibir una dieta con exclusión de aquellos alimentos a los cuales tenían anticuerpos IgG o bien a una dieta control. A pesar de que hubo una reducción superior de la sintomatología en el grupo de tratamiento, algunas limitaciones metodológicas de este ECA ponen en duda su validez.

Aunque tradicionalmente se han recomendado los alimentos ricos en fibra para los pacientes con SII, su uso en los pacientes con diarrea es controvertido y no alivia el dolor abdominal (ver apartado 7.2.1.1).

-
- B** Una relación médico-paciente satisfactoria mejora la respuesta al tratamiento de los pacientes con SII.
 - C** La realización de ejercicio físico, seguir una dieta equilibrada y el dedicar un tiempo suficiente para la defecación son medidas recomendables para los pacientes con SII.
 - C** En algunos pacientes el sorbitol, la cafeína, las grasas, el alcohol, los huevos, el trigo, los frutos secos o la leche pueden exacerbar la sintomatología del SII, aunque las dietas con exclusión de estos alimentos no han mostrado resultados concluyentes.
-

7.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ESTUDIO DE TRATAMIENTO (2B)

En el anexo 6 se presentan los tratamientos farmacológicos evaluados en este apartado con sus respectivas presentaciones y dosis.

7.2.1. FORMADORES DE MASA FECAL

7.2.1.1. FIBRA

Una RS¹⁴⁰ cuantificó los efectos de los diferentes tipos de fibra (solubles e insolubles) en la mejoría global y sintomática de los pacientes con SII. Los estudios incluidos fueron de baja calidad metodológica, con tamaños muestrales pequeños y algunos de ellos con un diseño simple ciego o abiertos.

ESTUDIO DE
TRATAMIENTO (2A)

Los pacientes con SII y estreñimiento mejoraron su sintomatología con la fibra (Riesgo relativo (RR) 1,56; IC 95%: 1,21-2,02), a excepción del dolor abdominal. Los dos tipos de fibra tuvieron efectos distintos en los síntomas globales del SII. El riesgo relativo de la mejoría global con fibra soluble (ispagula, psilio) fue de 1,55 (IC 95%: 1,35-1,78). En el caso de la fibra insoluble (salvado de trigo y fibra de maíz), ninguno de los estudios mostró que ésta fuera superior al placebo e incluso mostró una tendencia negativa en la sintomatología global (RR 0,89; IC 95%: 0,72-1,11).

ESTUDIO DE
TRATAMIENTO (2B)

Una RS previa¹⁴¹ no mostró ninguna mejoría de los síntomas globales con la fibra en comparación con placebo, aunque ésta fue efectiva para el estreñimiento. Ninguna de estas dos revisiones evaluaron los efectos adversos de la fibra de manera sistemática, aunque ésta puede producir flatulencia, distensión y malestar abdominales^{142,143}.

-
- C** La fibra soluble (ispagula, psilio) es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.
 - C** La fibra insoluble (salvado de trigo, fibra de maíz) no es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento asociado al SII.
-

7.2.2. LAXANTES

A pesar de que los laxantes estimulantes (fenoftaleína, sen, bisacodilo) y osmóticos (sulfato de magnesio, lactulosa, polietilenglicol) han mostrado su eficacia en el tratamiento del estreñimiento¹⁴⁴, no se dispone de ECA que evalúen su eficacia en el SII. Los supositorios y los enemas pueden ser de utilidad en ocasiones en pacientes con estreñimiento grave asociado a SII¹⁴⁵, aunque tampoco se han identificado ECA con estas intervenciones.

ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (5)

-
- D** Los laxantes podrían estar indicados en los pacientes con estreñimiento asociado al SII.
-

7.2.3. ANTIDIARREICOS

7.2.3.1. LOPERAMIDA

Una RS¹⁴¹ examinó tres ECA de baja calidad metodológica, mostrando que la loperamida es un tratamiento efectivo para la diarrea, pero sin diferencias respecto a placebo en la sintomatología global del SII, el dolor o la distensión abdominales¹⁴⁶. Dado su mecanismo de acción (inhibe la motilidad intestinal), no debería usarse en pacientes con SII y estreñimiento y debería usarse con precaución en pacientes con SII que tienen episodios alternantes de diarrea y estreñimiento¹⁴⁷.

7.2.3.2. OTROS ANTIDIARREICOS

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (5)

En ocasiones se utilizan de manera empírica las resinas de intercambio aniónico (colestiramina, colestipol) aunque no se dispone de ECA que evalúen su eficacia¹⁴⁵. Tampoco se dispone de ECA con codeína u otros anti-diarreicos para el SII.

-
- B** La loperamida es efectiva en el tratamiento sintomático de la diarrea asociada al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.
 - ✓** Las resinas de intercambio aniónico pueden mejorar la diarrea asociada al SII.
-

7.2.4. ESPASMOLÍTICOS

La base farmacológica para el uso de los espasmolíticos como tratamiento para el SII está relacionada con su efecto inhibitor de la motilidad intestinal¹⁴⁸. De los que se citan en este apartado, la alverina y el bromuro de cimetropro no están actualmente comercializados en nuestro país.

ESTUDIO DE TRATAMIENTO (2B)

Una RS¹⁴¹ evaluó los ECA realizados con dicyclomina e hiosciamina (tres) y solamente uno de ellos (con dicyclomina) mostró una mejoría estadísticamente significativa en los síntomas globales del SII en el grupo de tratamiento en comparación con el placebo, mientras que en los otros dos no hubo diferencias entre ambos grupos.

ESTUDIO DE TRATAMIENTO (2B)



Otra RS¹⁴⁹ analizó la eficacia de seis fármacos: bromuro de cimetropro, bromuro de butilescopolamina, mebeverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina. Los resultados del metanálisis mostraron un porcentaje medio de pacientes con mejoría global del 38% en el grupo pla-

cebo y del 56% en el grupo tratado con espasmolíticos, con una OR de 2,13 (IC 95%: 1,77-2,58) y una diferencia media del riesgo del 22% (IC 95%: 13-32). El porcentaje de pacientes con mejoría del dolor fue del 41% en el grupo placebo y del 53% en el grupo de tratamiento y no hubo diferencias significativas en relación a los efectos adversos. A dosis altas, los espasmolíticos anticolinérgicos (bromuro de butilescopolamina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio y trimebutina) pueden provocar alteraciones visuales, retención urinaria, estreñimiento o sequedad de boca¹⁴¹.

Los anticolinérgicos mostraron también efectividad en el dolor abdominal y la sintomatología global en una RS¹⁴⁶ Cochrane¹⁵⁰ publicada recientemente. Otros dos ECA^{151,152}, (citrato de alverina versus placebo y bromuro de pinaverio versus mebeverina) no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos.

ESTUDIO DE
TRATAMIENTO (1A)

ESTUDIO DE
TRATAMIENTO (2B)

-
-  Los espasmolíticos mejoran el dolor abdominal del SII.
 -  Los espasmolíticos anticolinérgicos deberían evitarse en los pacientes que presentan estreñimiento.
-

7.2.5. FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA

La serotonina se localiza principalmente en las células enterocromafines intestinales regulando varias funciones gastrointestinales, como la secreción, la motilidad o la sensibilidad visceral, a través de la activación de numerosos receptores distribuidos en las terminaciones nerviosas motoras y sensitivas¹⁵³.

NOTA: En la edición actual de esta GPC no se sugieren recomendaciones sobre estos fármacos, esencialmente por la ausencia de comercialización en España y por tanto carentes de aplicabilidad en nuestro entorno.

7.2.5.1. AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA TIPO 4

Tegaserod

Tegaserod es un agonista parcial de los receptores de serotonina tipo 4 (5-HT₄) que actualmente no está comercializado en España. Este fármaco estimula el reflejo peristáltico, acelera el tránsito intestinal y reduce la sensibilidad visceral¹⁴¹.

Una RS Cochrane del año 2003¹⁵⁴ evaluó la eficacia y la tolerancia del tegaserod para el tratamiento del SII, mostrando una mejoría de los síntomas globales gastrointestinales en mujeres con estreñimiento, aunque sin

ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (1A)

modificar el malestar ni el dolor abdominal. Los ECA incluidos se realizaron principalmente en mujeres, por lo que los autores no pudieron aportar información respecto a este mismo tratamiento en hombres.

Según la valoración de los pacientes, la mejoría global de los síntomas gastrointestinales fue superior con tegaserod 12 mg/día (RR 1,19; IC 95%: 1,09-1,29) que con tegaserod 4 mg/día (RR 1,15; 1,02-1,31) en comparación con placebo.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (1A)

Otra RS¹⁴¹ examinó cuatro ECA, de buena calidad metodológica, que mostraron una mejoría en la sintomatología global del SII en el grupo tratado con tegaserod 12 mg diarios en comparación con el grupo placebo. La magnitud del efecto varió entre los diferentes ECA a causa de las diferentes escalas empleadas para medir los síntomas.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (1B)

Un ECA posterior¹⁵⁵ comparó tegaserod 12 mg diarios con placebo durante un periodo de 12 semanas. Este estudio mostró una mejoría de la sintomatología global en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo placebo (OR 1,78; IC 95%: 1,35-2,34), aunque no hubo diferencias significativas entre ambos grupos en relación con el dolor abdominal y la distensión abdominal. A pesar de que este ECA incluyó hombres en su población, el pequeño número de ellos (91 en una población total de 647) no permite obtener conclusiones sobre la eficacia de tegaserod en la población masculina.

En cuanto a los efectos adversos de tegaserod, la diarrea es el más documentado. En la RS de Brandt¹⁴¹, se presentó en el 9-10% de los pacientes tratados versus el 4-5% de los pacientes del grupo placebo y en la RS Cochrane¹⁵⁴ la proporción de pacientes que sufrieron diarrea fue superior en el grupo tratado con tegaserod 12 mg/día en comparación con el grupo placebo (RR 2,75, IC 95%: 1,90-3,97). En un ECA¹⁵⁵ el efecto adverso más documentado fue la cefalea (8,0% en el grupo de tratamiento y 4,7% en el grupo placebo).

Aunque el uso de tegaserod se ha relacionado con la colitis isquémica¹⁵⁶ (al igual que alosetrón, ver apartado 7.2.5.2), no se ha mostrado que la incidencia de colitis isquémica en los pacientes en tratamiento con tegaserod sea superior que en la población general¹⁵⁷.

7.2.5.2. ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE SEROTONINA TIPO 3

Alosetrón

Alosetrón es un fármaco antagonista (5-HT₃) que enlentece el tránsito colónico y aumenta el umbral de percepción durante la distensión del colon¹⁴¹. En la actualidad no se encuentra comercializado en España.

Una RS¹⁵⁸ de buena calidad metodológica valoró seis ECA que compararon alosetrón 2 mg/día con placebo durante 12 semanas. Se incluyeron un total de 3529 pacientes, 93% de los cuales eran mujeres y 75% del total padecían SII con predominio de diarrea. El OR para el alosetrón comparado con placebo fue 1,81 (IC 95%: 1,57-2,10). Los efectos beneficiosos de alosetrón desaparecieron en todos los ensayos al suspender el tratamiento.

Otra RS¹⁴¹ mostró también la efectividad del alosetrón para el tratamiento del SII en mujeres con diarrea. La mejoría en el dolor abdominal o en el tenesmo rectal fueron las variables de resultado primarias de estos estudios. La mejoría en la sintomatología global del grupo de tratamiento fue del 76% en comparación del 44% en el grupo placebo, aunque la magnitud de este efecto varió según los estudios.

Un ECA¹⁵⁹ reciente comparó alosetrón 2 mg/día con placebo en 569 mujeres con SII y predominio de diarrea durante 48 semanas. El dolor abdominal mejoró en el grupo de tratamiento (52,1% versus 43,9%) así como los síntomas gastrointestinales (tenesmo, frecuencia y consistencia de las heces e hinchazón) (63,8% versus 52,2%).

En cuanto a los efectos secundarios del alosetrón, el estreñimiento es el más frecuente. En la RS más reciente¹⁵⁸ fue de 22-39% en el grupo de tratamiento versus 3-14% en el grupo placebo y la proporción de pacientes que suspendió el tratamiento debido a este efecto adverso fue del 10-43%. La aparición de algunos casos de colitis isquémica provocó que la FDA (*Food and Drug Administration*) retirara el alosetrón del mercado estadounidense de forma cautelara. En junio de 2002, la FDA aprobó de nuevo su uso, con la indicación restringida a "mujeres con SII con diarrea grave que no hayan respondido a tratamientos convencionales" y a una dosis de 2mg/día¹¹⁷.

Otros antagonistas de los receptores de la serotonina tipo 3

Cilansetrón está siendo evaluado en estudios de fase III con hombres y mujeres. Algunos estudios preliminares¹¹⁷ han mostrado su efectividad en el tratamiento del SII con predominio de diarrea tanto para el sexo masculino como el femenino. No se dispone de estudios a largo plazo sobre su seguridad, aunque parece conllevar también un riesgo de desarrollar colitis isquémica.

7.2.6. ANTIDEPRESIVOS

7.2.6.1. TRICÍCLICOS

Algunos pacientes con SII presentan hipersensibilidad visceral, de forma que perciben dolor o malestar abdominal a umbrales inferiores que los sujetos sa-

nos. Por ello, se han venido utilizando los antidepresivos tricíclicos a fin de disminuir la nocicepción e intentar tratar el dolor crónico. Se utilizan a dosis menores que para el tratamiento de la depresión, por lo que sus efectos secundarios son leves.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (2B)

Una RS¹⁶⁰ incluyó 8 ECA (calidad metodológica de 4 sobre una escala de 9) concluyendo que los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, desipramina, doxepina, mianserina, trimipramina) mejoraron significativamente los síntomas en comparación con placebo (variables de resultado: mejoría en el dolor abdominal o respuesta al tratamiento) con una OR de 4,2 (IC 95%: 2,3-7,9). Estos estudios no ajustaron los efectos del tratamiento en el caso de una posible depresión subyacente.

Sin embargo, los antidepresivos tricíclicos mostraron resultados inconsistentes en otra RS¹⁴¹, aunque hubo una tendencia para la mejoría del dolor abdominal. Un ECA posterior¹⁶¹ comparó la terapia cognitiva-conductual con sesiones educativas y la desipramina con placebo para los trastornos funcionales digestivos graves, no mostrando diferencias significativas entre desipramina y placebo. Este fármaco no se encuentra comercializado en España.

Los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos no fueron analizados en la mayoría de estos ECA incluidos en las RS, aunque el estreñimiento y el cansancio fueron algunos de los síntomas más frecuentemente documentados, y por ello debería advertirse a los pacientes de su posible aparición.

7.2.6.2. INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (1B)

Fluoxetina

Un ECA¹⁶² incluyó 40 pacientes con SII sin antecedentes de depresión que fueron aleatorizados a tratamiento con fluoxetina 20 mg/día o placebo. Ninguna variable de resultado (hipersensibilidad de los pacientes con SII a la distensión rectal, mejoría del dolor abdominal y de los síntomas globales) se vio modificada por el tratamiento con fluoxetina.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (1B)

Paroxetina

En un ECA reciente¹⁶³, 81 pacientes que no tuvieron una respuesta adecuada al tratamiento con una dieta rica en fibra fueron aleatorizados a tratamiento con paroxetina 10 mg/día (que podía aumentarse hasta 40 mg si no mejoraba la sintomatología) o placebo. La variable primaria de resultado se definió como una mejoría en el bienestar general (donde un cambio $\geq 10\%$ fue considerado clínicamente significativo) y éste mejoró en un 63,3% en el grupo tratado versus un 26,3% en el grupo placebo. Sin embargo, el dolor abdominal y la hinchazón no presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Sin embargo, en un estudio previo¹⁶⁴ en el que los pacientes fueron aleatorizados a su tratamiento habitual, a seis semanas de psicoterapia o bien a tratamiento con paroxetina 20 mg diarios, no hubo cambios significativos en el grupo de paroxetina en relación al dolor, aunque mejoró el componente físico de la calidad de vida (medido con la escala SF-36) al cabo de un año de tratamiento.

-
- B** Los antidepresivos tricíclicos a dosis reducidas mejoran el dolor abdominal del SII.
 - C** La fluoxetina no se ha mostrado eficaz en el tratamiento del SII.
 - C** La paroxetina podría mejorar la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con SII.
-

7.2.7. OTROS FÁRMACOS

7.2.7.1. PROCINÉTICOS

Una RS¹⁴¹ analizó seis ECA con agentes procinéticos, cuatro de ellos de buena calidad metodológica. Un ensayo cruzado con domperidona mostró una discreta mejoría en la distensión abdominal, pero no proporcionó una mejoría global. La cisaprida fue inefectiva en pacientes con predominio de estreñimiento en dos de los tres ECA. La Agencia Española del Medicamento ha retirado este fármaco desde enero de 2005 a causa del riesgo de aparición de arritmias ventriculares graves¹⁶⁵.

**ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (1A)**

-
- A** Los procinéticos no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-

7.3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Se identificó una RS¹⁶⁶ sobre las intervenciones psicológicas en los síntomas somáticos del SII que examinó la efectividad de la terapia cognitiva-conductual, la terapia conductual y de la terapia psicodinámica breve en atención primaria y especializada. Cinco ECA de atención especializada (terapia cognitiva-conductual) mostraron una mejoría significativa en la sintomatología y en la capacidad de los pacientes de afrontar su enfermedad, pero los resultados de esta terapia en atención primaria no fueron consistentes ni hubo datos suficientes para extraer conclusiones de la efectividad de la terapia conductual y de la terapia

**ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (2A)**

psicodinámica breve. Una limitación añadida es que los estudios son de baja calidad metodológica y no permiten obtener resultados válidos ni concluyentes.

Otras dos RS^{141,167} evaluaron la efectividad de diversas terapias psicológicas (terapia cognitiva-conductual, conductista, psicoterapia dinámica, biofeedback, relajación e hipnosis) concluyendo que la baja validez metodológica de los estudios no permite establecer una evidencia inequívoca de la efectividad del tratamiento psicológico en los pacientes con SII, aunque la terapia conductista fue más efectiva que el placebo en los ECA analizados.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (1B)

Un informe de la *Agency for Health Care Research and Quality* sobre las intervenciones “cuerpo-mente”¹⁶⁸ (*mind-body interventions*) identificó quince ECA que evaluaron la eficacia de la hipnosis, técnicas de manejo del estrés, técnicas de relajación, tratamiento psicológico multifactorial y biofeedback. Este informe destacó que las limitaciones metodológicas de estos ECA no permiten obtener resultados sobre la efectividad de estas intervenciones.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (2B)

Un ECA¹⁶¹ posterior comparó la terapia cognitiva-conductual con sesiones educativas y la desipramina (antidepresivo tricíclico) con placebo para los trastornos funcionales digestivos (SII, estreñimiento funcional doloroso, dolor abdominal crónico funcional y trastorno intestinal funcional inespecífico). La terapia cognitiva-conductual fue superior a las sesiones educativas en mujeres con enfermedades intestinales funcionales, mientras que la desipramina no mostró diferencias significativas en comparación con el placebo en el mismo grupo de mujeres.

El tratamiento conjunto por un gastroenterólogo y un psicólogo se evaluó en un ECA¹⁶⁹ mostrando una mejoría global significativa (por parte de los pacientes) después de dos sesiones semanales con ambos especialistas durante tres semanas, en comparación con seis semanas de tratamiento médico o psicológico.



La terapia cognitiva-conductual y los programas educativos multidisciplinares podrían ser eficaces en el SII.

ESTUDIOS DE TRATAMIENTO (1B)

Se han evaluado otras opciones terapéuticas, como la educación de los pacientes con distintas técnicas para aprender a afrontar su enfermedad. Un ECA¹⁷⁰ comparó el tratamiento habitual (el que siguieran

las pacientes) con ocho sesiones de un programa educativo multidisciplinar (consejos sobre una dieta sana, técnicas de relajación y estrategias cognitivas-conductuales) o bien con una única sesión del mismo en mujeres con SII. A los doce meses de seguimiento, las pacientes del programa multidisciplinar tenían menos síntomas gastrointestinales y psicológicos y una mejor calidad de vida que las pacientes de los otros grupos.

7.4. OTROS TRATAMIENTOS

7.4.1. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

7.4.1.1. HIERBAS MEDICINALES

Aceite de menta

Uno de los tratamientos alternativos más extendidos para el SII es el aceite de menta, fabricado a partir de extractos de esta planta medicinal (*Mentha X piperita L.*).

Una RS¹⁷¹ examinó la eficacia del aceite de menta para el tratamiento sintomático del SII. Los ocho estudios incluidos fueron de baja calidad metodológica, algunos de ellos no definieron ningún criterio de inclusión para los pacientes con SII, tuvieron duraciones cortas (algunos menos de un mes) ni documentaron cómo se evaluó la variable de resultado. Cinco ensayos fueron incluidos en el metanálisis, cuyo resultado mostró una mejoría global significativa de la sintomatología del aceite de menta en comparación con el placebo.

**ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (2B)**

Seis ECA informaron sobre los efectos adversos (que afectaron entre un 11% a un 36% de los pacientes estudiados): pirosis, quemazón perianal, visión borrosa, náuseas y vómitos.

Hierbas medicinales chinas

Se identificó un ECA¹⁷² realizado en 116 pacientes de atención especializada (Roma I). Los pacientes fueron aleatorizados a tres grupos de tratamiento: una formulación individualizada de hierbas medicinales chinas (no se describe su composición), una formulación estándar de hierbas medicinales chinas (con 20 hierbas) o bien placebo.

**ESTUDIOS
DE TRATAMIENTO (1B)**

Los pacientes del grupo de hierbas medicinales con formulación estándar mejoraron sus síntomas intestinales en un 44% (según los pacientes) y en un 59% (según los especialistas), mientras que la mejoría del grupo con formulación individualizada fue del 42% y del 40% y la del grupo placebo del 22% y 19% respectivamente. Hubo una pérdida de seguimiento menor

del 10% y dos casos de efectos adversos en los grupos de tratamiento (malestar).

**ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2B)**

Otras hierbas medicinales

Una preparación con hierbas ayurvédicas que contenían *Aegle marmelos correa* y *Bacopa monniere* fue comparada con tratamiento farmacológico (bromuro de clodinio 2,5 mg, clordiazepóxido 5 mg e ispagula 5 g) en un ECA de baja calidad metodológica¹⁷³. El porcentaje de mejoría global fue del 65% para la terapia ayurvédica, 78% para el tratamiento farmacológico y 33% para el grupo placebo. El seguimiento a seis meses mostró que ambos tratamientos, al igual que placebo, no redujeron las recaídas.

**ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2B)**

Se identificó una RS¹⁷⁴ para evaluar la efectividad de una combinación de hierbas medicinales (*Iberis amara*, *Chelidonii herba*, *Cardui mariae fructus*, *Melissae folium*, *Carvi fructus*, *Liquiritiae radix*, *Angelicae radix*, *Matricariae flos*, *Menthae piperitae folium*) aunque solamente uno de los estudios incluidos tuvo un diseño doble ciego y controlado en el que se mostró una mejoría de la sintomatología global.

**ESTUDIO DE
TRATAMIENTO (2B)**

Un ECA¹⁷⁵ valoró la eficacia de *padma lax*, una combinación de 15 hierbas medicinales y minerales, en pacientes con SII y estreñimiento, mostrando una mejoría global en el grupo de tratamiento.

-
- B** El aceite de menta puede mejorar globalmente los síntomas del SII, aunque no se recomienda por sus efectos adversos.
 - C** Las hierbas medicinales chinas podrían ser eficaces para el tratamiento del SII, pero la evidencia disponible es limitada.
 - C** Las hierbas ayurvédicas no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-

7.4.1.2. PROBIÓTICOS Y PREBIÓTICOS

**ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2B)**

Una RS sobre los tratamientos alternativos¹⁷⁶ evaluó dos ECA con dos especies de *Lactobacillus* que mostraron resultados inconsistentes. Otro ECA con oligofruktosa¹⁷⁷ no mostró ningún efecto en la sintomatología. Tres ECA¹⁷⁸⁻¹⁸⁰ posteriores con distintos probióticos no mostraron ninguna efectividad y otros dos^{181,182}, presentaron una mejoría en la sintomatología global.

**ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (1B)**

En un ECA¹⁸³ reciente una preparación con el probiótico *Bifidobacterium infantis* 35624 mejoró la sintomatología de los pacientes con SII en comparación con *Lactobacillus salivarius* UCC4331.

7.4.1.3. ACUPUNTURA

Un estudio doble ciego controlado¹⁸⁴ evaluó la efectividad de la acupuntura en el SII (Roma I). Se incluyeron 25 pacientes, que fueron aleatorizados al tratamiento con acupuntura o bien con una técnica simulada. Al término del tratamiento no se observaron diferencias significativas en la sintomatología del SII.

ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2B)

7.4.1.4. YOGA

Se localizó un estudio¹⁸⁵ realizado en 22 pacientes del sexo masculino con diarrea (criterios Roma II) y a los que se aleatorizó a tratamiento con loperamida o bien a sesiones de yoga durante dos meses. Ambos grupos presentaron una disminución significativa de los síntomas intestinales y de su nivel de ansiedad. En el grupo de intervención con yoga se observó una diferencia significativa en la puntuación de la sintomatología autonómica, pero no se observaron otras diferencias significativas en ambos grupos para el resto de variables evaluadas.

ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2B)

7.4.1.5. OTROS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Uno de los tratamientos utilizados en el SII con estreñimiento es el *aloe vera*. Un ECA¹⁸⁶, que incluía aloe vera, celandina y psilio, no mostró ningún cambio en el dolor abdominal, aunque disminuyó la sintomatología en los pacientes con estreñimiento crónico del grupo de tratamiento en comparación con el grupo placebo.

ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2B)

Un estudio abierto¹⁸⁷ que comparó el tratamiento con *reflexología* podal con masaje inespecífico en los pies no mostró ningún efecto de esta intervención.

ESTUDIOS DE
TRATAMIENTO (2C)

-
- B** Los probióticos podrían mejorar la sintomatología global del SII.
 - C** La acupuntura, el yoga, la reflexología podal y el aloe vera no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-

8

APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA GUÍA: ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

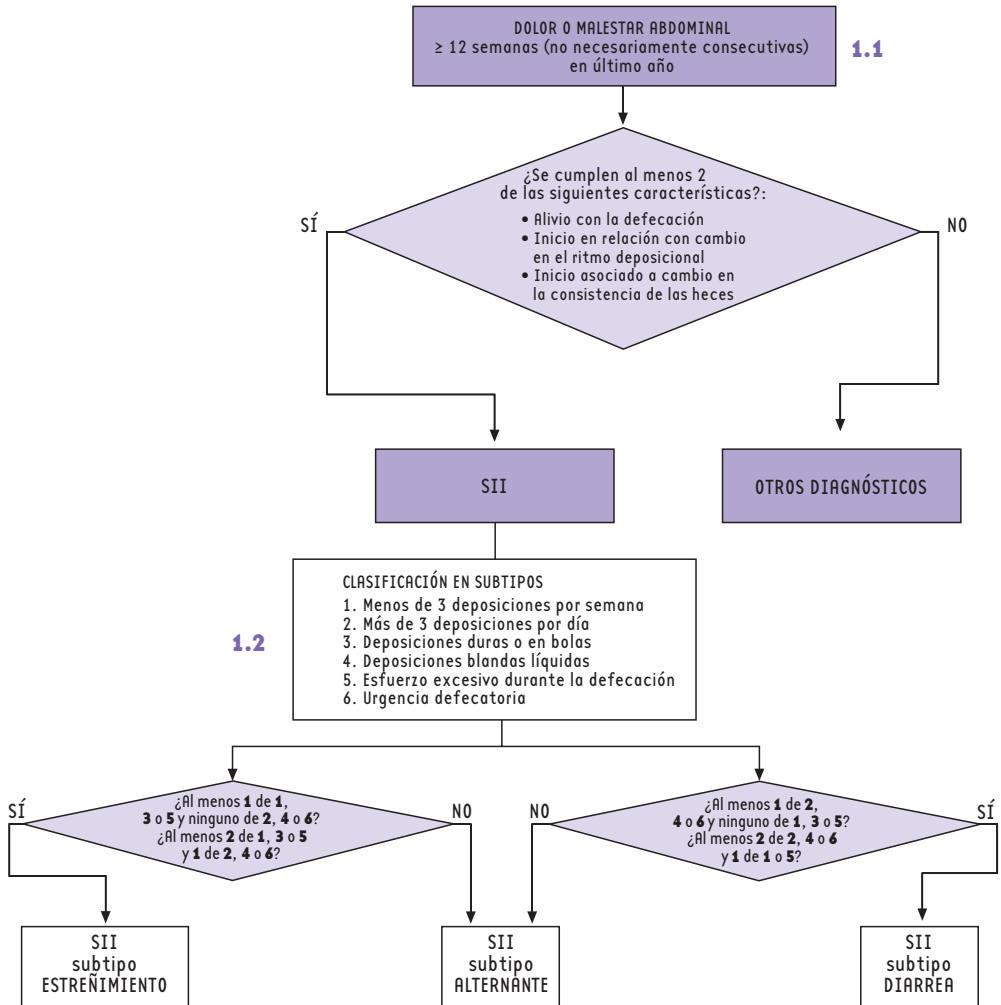
8 Aplicación práctica de la guía: estrategias diagnósticas y terapéuticas

8.1. DIAGNÓSTICO DEL SII (ALGORITMO 1)

1.1. El objetivo de este algoritmo es la aplicación de los criterios diagnósticos vigentes, los de Roma II, para permitir establecer un diagnóstico clínico de SII. El síntoma guía fundamental, que es el dolor o malestar abdominal, debe estar presente un mínimo de 12 semanas en el último año, y no debe existir sospecha diagnóstica de organicidad por parte del médico que asiste al paciente. Si éste es el caso, la relación del dolor o malestar abdominal con la defecación (al menos dos de las tres características enunciadas) permite establecer el diagnóstico de SII.

1.2. Una vez establecido el diagnóstico de SII, la presencia de algunas de las características de la defecación que se enuncian posteriormente nos permitirá clasificar el subtipo de SII que padece el paciente en cuestión, lo que tiene mucha importancia desde el punto de vista terapéutico.

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DEL SII



8.2. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SII (ALGORITMO 2)

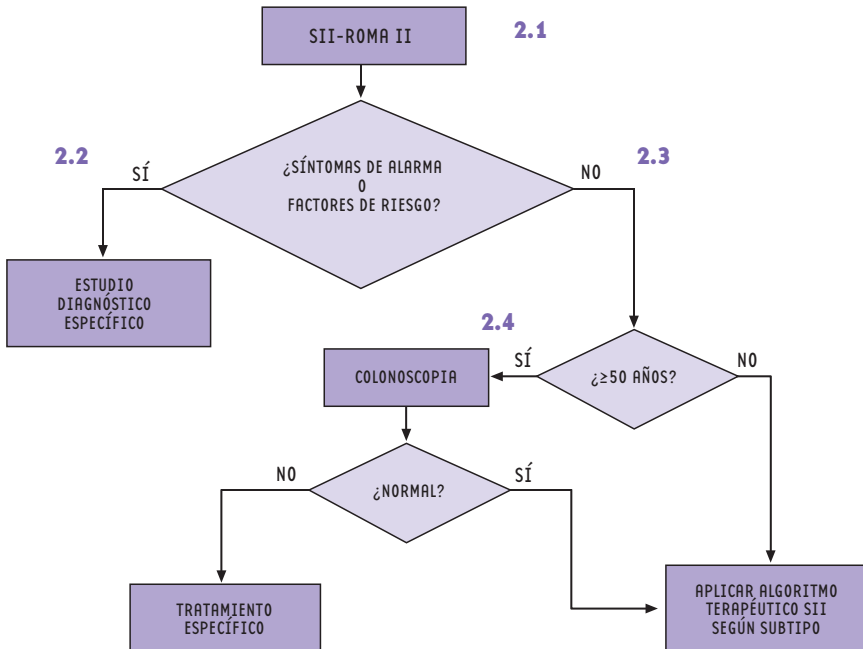
2.1. El objetivo de este algoritmo es evitar el error de atribuir los síntomas debidos a patología orgánica a un SII. Para ello, siempre hay que buscar la presencia de signos o síntomas de alarma.

2.2. La presencia de cualquiera de ellos obliga a descartar organicidad. Las exploraciones que comporte la presencia de estos síntomas no son motivo de esta guía y deberán ser adecuadas a cada síntoma específico, realizando el diagnóstico diferencial que corresponda. También son importantes factores de riesgo los antecedentes familiares de cáncer colorrectal o enfermedad inflamatoria intestinal, que ante síntomas compatibles obligarán a realizar un estudio diagnóstico en familiares de enfermos que padezcan cualquiera de ambos procesos.

2.3. En pacientes sin síntomas de alarma o sin factores de riesgo menores de 50 años, debe iniciarse el tratamiento adecuado.

2.4. En pacientes de edad igual o superior a 50 años, la prevalencia del cáncer colorrectal comienza a ser significativa, por lo que siguiendo las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica de Prevención del Cáncer Colorrectal¹⁸⁸, está indicada la práctica de una colonoscopia. En caso de normalidad de la exploración, el diagnóstico de SII se mantiene por lo que se debe iniciar el tratamiento adecuado.

ALGORITMO 2. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SII



SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

- Inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años
- Alteraciones en la exploración física
- Presencia de síntomas nocturnos
- Fiebre
- Anemia
- Pérdida de peso no intencionada
- Presencia de sangre en heces
- Historia familiar de cáncer colorrectal
- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal
- Historia familiar de enfermedad celíaca

8.3. TRATAMIENTO DEL SII-ESTREÑIMIENTO (ALGORITMO 3)

El tratamiento del SII, tal como se ha comentado en la guía, es básicamente sintomático. Desde un punto de vista terapéutico es importante valorar cuáles son los síntomas predominantes en cada caso. Así, el síntoma común a todos los pacientes con SII, que es el dolor o malestar abdominal, se puede acompañar de estreñimiento o de diarrea.

3.1. En este algoritmo de tratamiento se incluirán a los pacientes con SII con subtipo de estreñimiento o aquellos con subtipo alternante en los que predomine el estreñimiento. En todos ellos, en primer lugar se informará al paciente de cuál es el trastorno que padece, del buen pronóstico, y de la posibilidad de modificar los síntomas con una serie de medidas higiénico-dietéticas, tal como se ha comentado en la guía. Si con todo lo anterior, no se obtiene una mejoría suficiente, iniciaremos el tratamiento farmacológico.

3.2. Si el síntoma principal es el dolor o malestar abdominal iniciaremos la terapéutica con un espasmolítico no anticolinérgico, con el que si se observa mejoría realizaremos tratamiento sintomático a demanda.

3.3. En caso de no notar mejoría en 3-4 semanas, la persistencia de las molestias puede ser debida a que el estreñimiento pase a ser el síntoma predominante, en cuyo caso añadiremos al tratamiento fibra y/o laxantes osmóticos.

3.4. Si el dolor o malestar abdominal no se controlan con el espasmolítico, añadiremos al tratamiento un antidepresivo triciclíco a dosis bajas, buscando su efecto antinociceptivo.

3.5. Si el paciente sigue sin notar mejoría deberemos descartar organicidad mediante la aplicación del algoritmo 5.

3.6. Una vez descartada organicidad, el siguiente paso es la realización de una valoración psicológica con el consiguiente tratamiento en caso de que se considere oportuno. Finalmente, si con todo lo anterior no hubiese una mejoría sintomática, no se puede descartar la aplicación de otros tratamientos, como la terapia con hierbas, la acupuntura o la hipnosis.

3.7. Si el síntoma principal es el estreñimiento iniciaremos el tratamiento con fibra soluble. Si al mejorar el estreñimiento el paciente nota mejoría de su sintomatología global, continuaremos con tratamiento a demanda.

3.8. Si no mejora de sus síntomas, puede ser porque el dolor o malestar abdominal pasen a ser el síntoma predominante en ese momento, por lo que añadi-

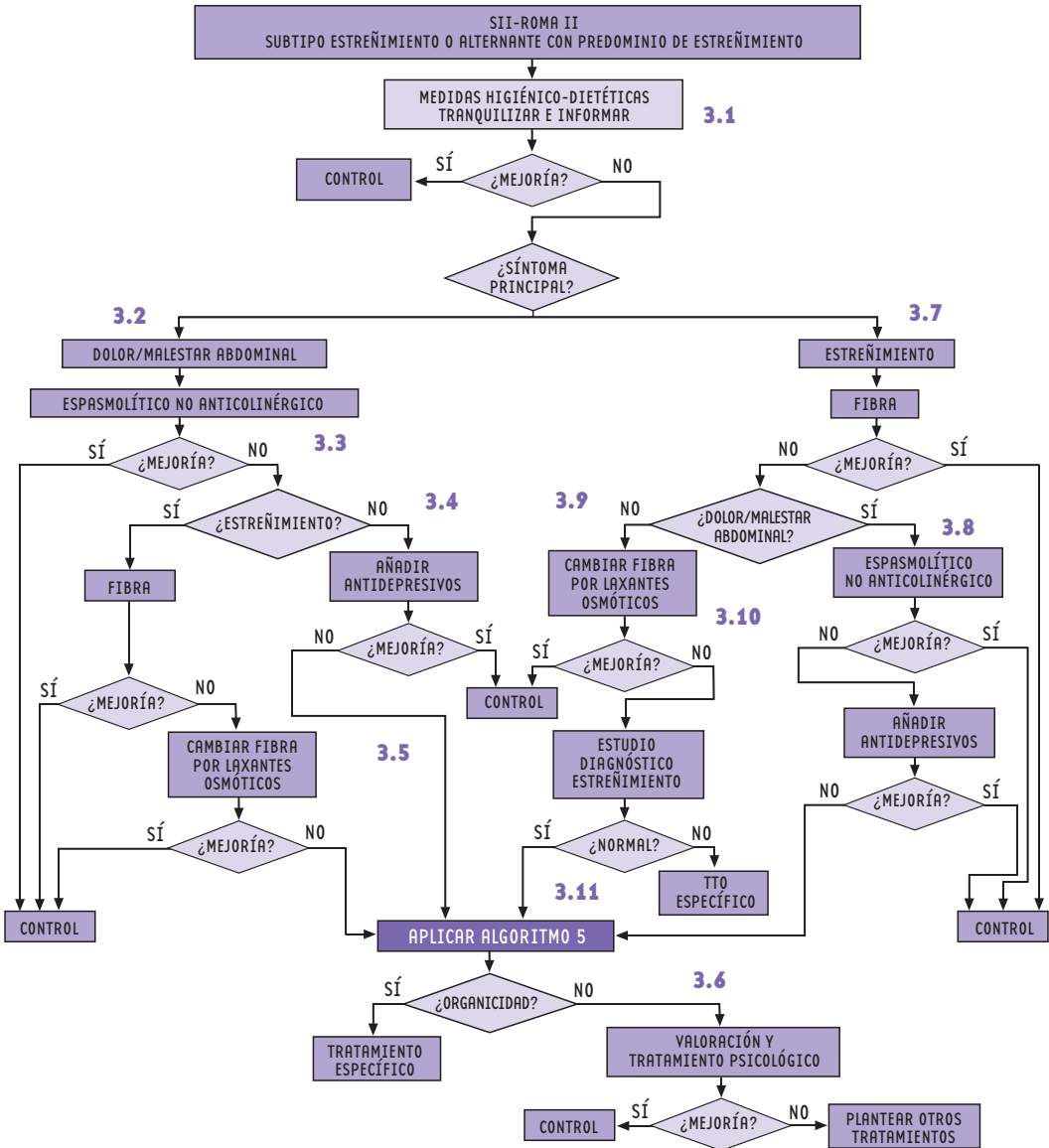
remos un espasmolítico no anticolinérgico con o sin antidepresivos tricíclicos a dosis bajas.

3.9. Si la persistencia de la sintomatología es por no haber controlado el estreñimiento, cambiaremos la fibra por un laxante osmótico.

3.10. Si con laxantes osmóticos no conseguimos mejorar el estreñimiento, es conveniente antes de proseguir, realizar un estudio básico de su estreñimiento, que incluirá al menos una cuantificación del tiempo de tránsito colónico (para descartar inercia colónica total o segmentaria) y una prueba de expulsión del balón (para descartar dificultad expulsiva).

3.11. Si el estudio del estreñimiento y su consiguiente tratamiento no consigue mejorar los síntomas, será conveniente descartar organicidad mediante aplicación del algoritmo 5. Una vez descartada organicidad, el siguiente paso es la realización de una valoración psicológica seguida de tratamiento, en caso de que se considere oportuno. Finalmente, si con todo lo anterior no hubiese una mejoría sintomática, se puede plantear la aplicación de otros tratamientos tal como hemos comentado anteriormente.

ALGORITMO 3. TRATAMIENTO DEL SII-ESTREÑIMIENTO



8.4. TRATAMIENTO DEL SII-DIARREA (ALGORITMO 4)

4.1. En este algoritmo de tratamiento se incluirán a los pacientes con SII con subtipo de diarrea o aquellos con subtipo alternante en los que predomine la diarrea. En primer lugar se informará al paciente de cuál es el trastorno que padece, del buen pronóstico, y de la posibilidad de modificar los síntomas con una serie de medidas higiénico-dietéticas, tal como se ha comentado en la guía. Si con todo lo anterior, los síntomas del paciente siguen molestándole iniciaremos el tratamiento farmacológico.

4.2. Si el síntoma principal es el dolor o malestar abdominal iniciaremos la terapéutica con un espasmolítico anticolinérgico, con el que si se observa mejoría realizaremos tratamiento sintomático a demanda.

4.3. En caso de no notar mejoría en 3-4 semanas, la persistencia de las molestias puede ser porque la diarrea pase a ser el síntoma predominante, en cuyo caso añadiremos al tratamiento loperamida o resincolestiramina.

4.4. Si el dolor o malestar abdominal no se controlan con el espasmolítico, añadiremos al tratamiento un antidepresivo tricíclico a dosis bajas, buscando su efecto antinociceptivo.

4.5. Si pese a todo, el paciente sigue sin notar mejoría deberemos descartar organicidad mediante la aplicación del algoritmo 5.

4.6. Una vez descartada organicidad, el siguiente paso es la realización de una valoración psicológica con el consiguiente tratamiento en caso de que se considere oportuno. Finalmente, si con todo lo anterior no hubiese una mejoría sintomática, no se puede descartar la aplicación de otros tratamientos como la terapia con hierbas, la acupuntura o la hipnosis.

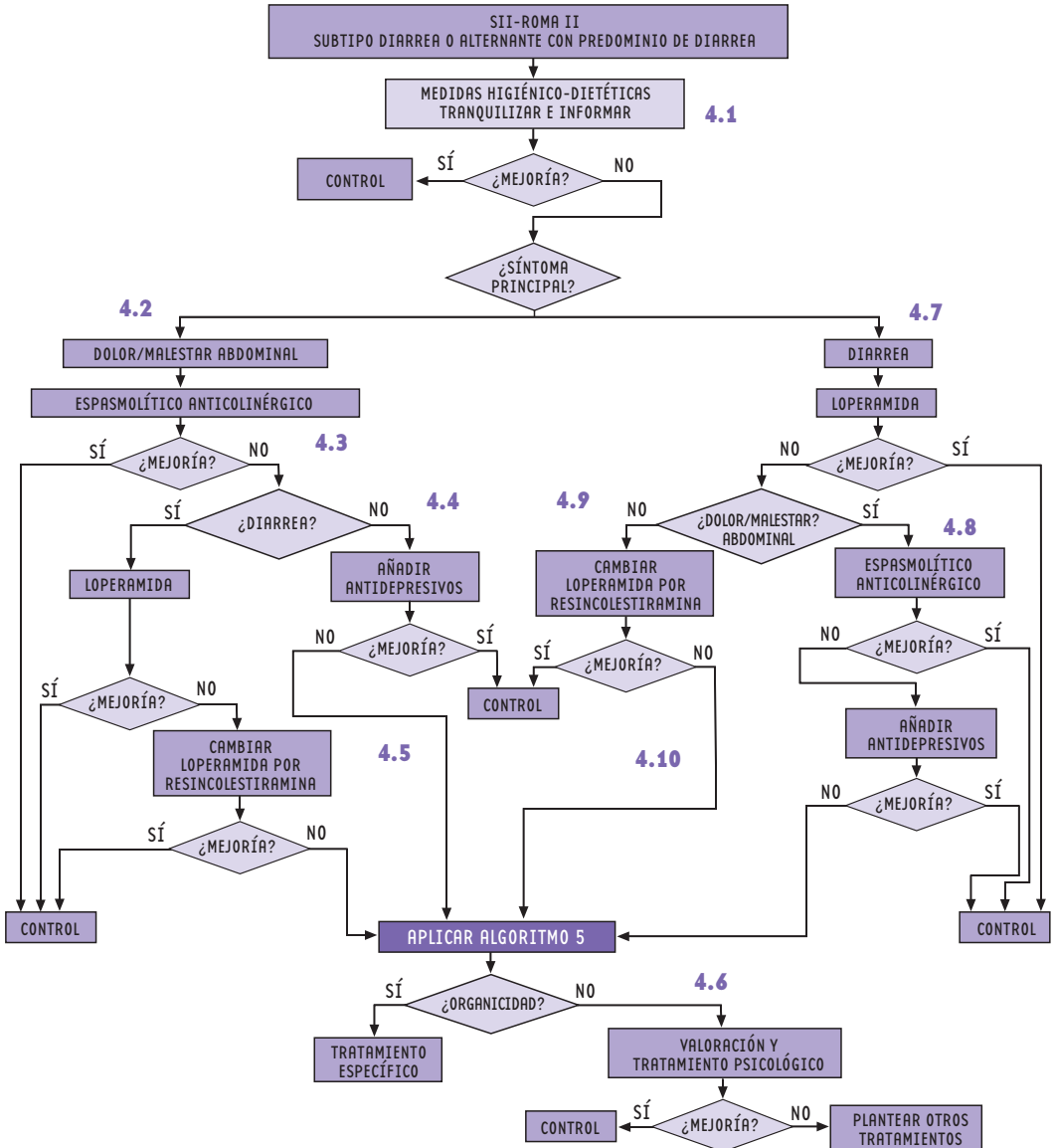
4.7. Si el síntoma principal es la diarrea iniciaremos el tratamiento con loperamida. Si al mejorar la diarrea el paciente nota mejoría de su sintomatología, continuaremos con tratamiento a demanda.

4.8. Si no mejora de sus síntomas, puede ser porque el dolor o malestar abdominal pasen a ser el síntoma predominante en ese momento, por lo que añadiremos un espasmolítico anticolinérgico con o sin antidepresivos tricíclicos a dosis bajas.

4.9. Si la persistencia de la sintomatología es por no haber controlado la diarrea, cambiaremos loperamida por resincolestiramina.

4.10. Si con el cambio no conseguimos mejorar la diarrea, es conveniente descartar organicidad mediante aplicación del algoritmo 5. Una vez descartada organicidad, el siguiente paso es la realización de una valoración psicológica con el consiguiente tratamiento en caso de que se considere oportuno. Finalmente, si con todo lo anterior no hubiese una mejoría sintomática, se puede plantear la aplicación de otros tratamientos tal como hemos comentado anteriormente.

ALGORITMO 4. TRATAMIENTO DEL SII-DIARREA



8.5. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES QUE NO RESPONDEN AL TRATAMIENTO (ALGORITMO 5)

Este algoritmo será de aplicación en aquellos pacientes que no han respondido a la terapia farmacológica. El objetivo es descartar enfermedades orgánicas que puedan ser responsables de la sintomatología. El principal diagnóstico diferencial deberá establecerse con la enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que las exploraciones irán orientadas a descartar esta entidad.

5.1. En los pacientes con predominio de estreñimiento y antes de realizar ninguna exploración endoscópica o radiológica, es conveniente obtener una analítica a fin de descartar alteraciones que sugieran procesos inflamatorios como leucocitosis, trombocitosis, o aumento de la VSG o de la proteína C reactiva.

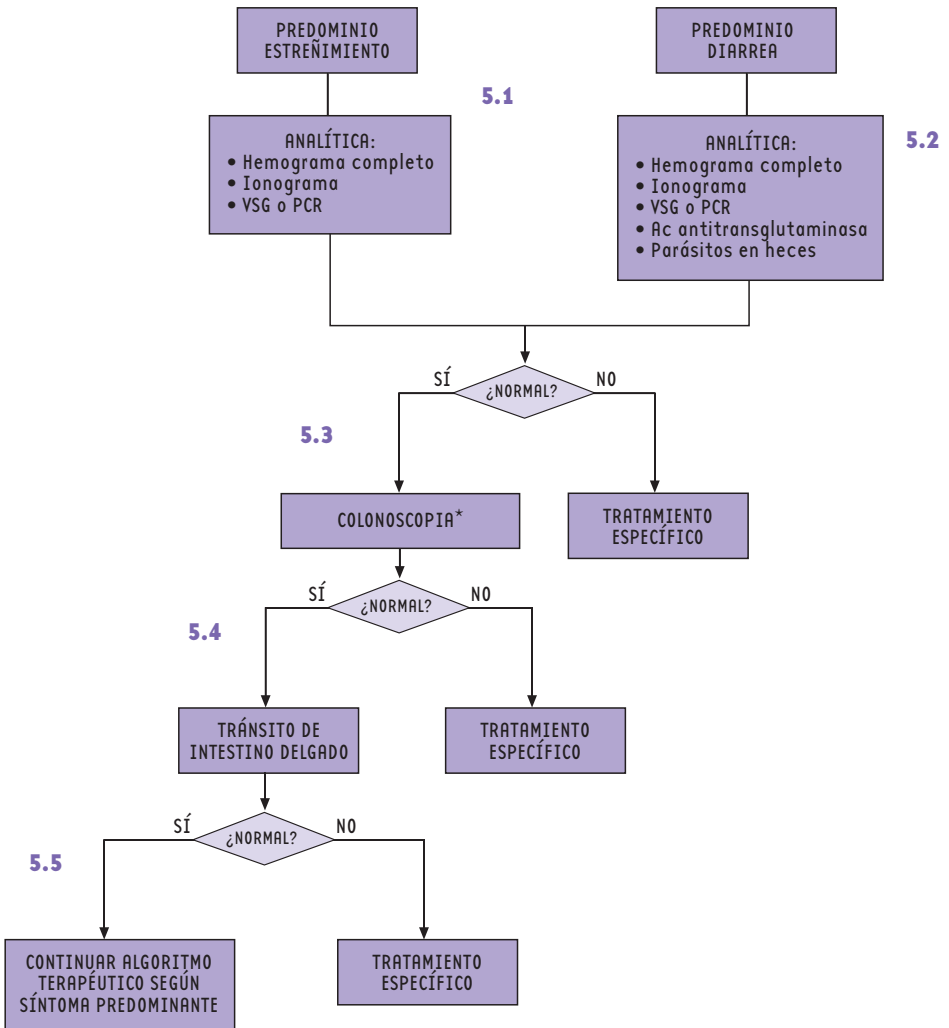
5.2. En los pacientes con predominio de diarrea es importante descartar la enfermedad celíaca mediante la determinación de anticuerpos anti-transglutaminasa tisular de tipo IgA. También en pacientes con diarrea es aconsejable descartar parasitosis como la infestación por *Giardia lamblia*, que pudieran ser causa de malestar abdominal y diarrea crónica.

5.3. Si los resultados analíticos no detectan signos de inflamación, es conveniente realizar una colonoscopia, siempre y cuando no se hubiera realizado con antelación por el motivo que fuese. En las mujeres con predominio de diarrea, también puede aprovecharse la colonoscopia para tomar biopsias y descartar una colitis microscópica.

5.4. Finalmente, si la colonoscopia resulta normal y existen datos clínicos o analíticos que sugieran inflamación o malabsorción intestinal, se aconseja realizar un estudio baritado de intestino delgado, a fin de descartar signos de malabsorción, o bien alteraciones estructurales que pudieran sugerir afectación por enfermedad de Crohn u otros procesos.

5.5. Si todo es normal, y no hay ningún otro síntoma que pueda orientar más el diagnóstico diferencial, asumiremos que se trata de un SII con mala respuesta al tratamiento y continuaremos con el algoritmo de tratamiento según el síntoma predominante.

ALGORITMO 5. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES QUE NO RESPONDEN AL TRATAMIENTO



*si no realizada previamente

1. DESCRIPCIÓN DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Para la realización de la presente guía de práctica clínica (GPC) sobre el síndrome del intestino irritable (SII) se llevó a cabo una revisión exhaustiva de la literatura médica, mediante búsqueda manual y electrónica desarrollada específicamente para este trabajo, se contó con el apoyo de un documentalista para la realización de estas actividades concretas y para la obtención de los documentos completos identificados.

Se llevaron a cabo búsquedas electrónicas en las bases de datos MEDLINE y EMBASE utilizando las estrategias diseñadas específicamente para ello, e incorporando los filtros de búsqueda metodológicos utilizados por SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*) [<http://www.sign.ac.uk/methodology/filters.html>]. Las búsquedas se limitaron al período 1978-2004. La elección del año 1978 como año de inicio de la búsqueda se basa en que es ese año se publicó el primer intento de racionalizar el diagnóstico del SII mediante unos criterios clínicos concretos⁸.

Se realizaron búsquedas en la revista electrónica La Biblioteca Cochrane Plus, y en el metabuscador TripDatabase y SumSearch, así como en publicaciones secundarias (Bandolier, ACP Journal Club, Clinical Evidence). Adicionalmente se realizaron búsquedas de GPC en diversos recursos de referencia de GPC que recogen la publicación de este tipo de documentos (anexo 9).

La selección de los trabajos a incluir en la GPC fue realizada de manera independiente por dos personas. Una vez considerados los posibles estudios a incluir en la elaboración de la guía se obtuvieron los artículos completos para su posterior evaluación.

Estrategia de búsqueda de patología:

MEDLINE (PubMed)

1. Irritable Bowel Syndrome/
2. Irritable Bowel Syndrome*
3. Syndrome* Irritable Bowel
4. IBS
5. Colitides Mucous
6. Mucous Colitides
7. Mucous Colitis
8. Colon Irritable
9. Irritable Colon
10. Functional Bowel Dis*
11. Spastic Colon
12. Functional Colonic Disease*
13. Disease*Functional Colonic

14. Colonic Disease*Functional
15. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6
or #7 or #8 or #9 or #10 or #11
or #12 or #13 or #14

EMBASE (DialogDataStar)

1. Irritable Colon.DE.
2. Irritable Bowel syndrome\$
3. Syndrome\$ Irritable Bowel
4. IBS
5. Colitides Mucous
6. Mucous Colitides
7. Mucous Colitis
8. Colon Irritable
9. Irritable Colon
10. Functional Bowel Dis\$
11. Spastic Colon
12. Functional Colonic Disease\$
13. Disease\$ Functional Colonic
14. Colonic Disease\$ Functional
15. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6
or #7 or #8 or #9 or #10 or #11
or #12 or #13 or #14

La Biblioteca Cochrane Plus (*Update-Software*)

1. Colonic Disease Functional (MESH)
2. Irritable Bowel Syndrome*
3. Syndrome* Irritable Bowel
4. IBS
5. Colitides Mucous
6. Mucous Colitides
7. Mucous Colitis
8. Irritable Colon
9. Functional Bowel Dise*
10. Spastic Colon
11. Colonic Disease*
12. Disease* Functional Colonic
13. Irritable Colon
14. Colon Irritable
15. #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6
or #7 or #8 or #9 or #10 or #11
or #12 or #13 or #14

2. NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Se establecen 5 niveles de evidencia (de 1 a 5) y 4 grados de recomendación (de A a D). Éstos han sido valorados y consensuados por el grupo de autores, con aportaciones a posteriori del grupo de revisores de la guía. El grado de recomendación A, el más alto, el cual es extremadamente recomendable, se corresponde con estudios de nivel 1. El grado de recomendación B, entendiéndolo como una recomendación favorable, se corresponde con estudios de nivel 2 o 3, o extrapolaciones de estudios de nivel 1. El grado de recomendación C, entendiéndolo como una recomendación favorable pero de forma no conclusiva, se corresponde con estudios de nivel 4 o extrapolaciones de estudios de nivel 2 o 3. El grado de recomendación D, el cual ni recomienda ni desaprueba la intervención a realizar, se corresponde con estudios de nivel 5 o estudios no concluyentes o inconsistentes de cualquier nivel. Cuando no se encuentra información que permita constatar un nivel de evidencia sobre un aspecto determinado, o se trata de aspectos organizativos o logísticos, la recomendación se establece por consenso del grupo y se marca con el signo ✓.

Si a la hora de evaluar las evidencias existe la dificultad de aplicar los resultados a nuestro medio se pueden utilizar las “extrapolaciones”. Esta técnica supone siempre un descenso de nivel de evidencia, y se puede llevar a cabo cuando el estudio del cual surge la evidencia presenta diferencias clínicamente importantes, pero existe cierta plausibilidad biológica con respecto a nuestro escenario clínico.

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUENTE
A	1 a	RS de ECA, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	1 b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos).
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2 a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2 b	Estudio de cohortes individual y ECA de baja calidad (< 80% de seguimiento).
	2 c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3 a	RS de estudios de caso-control, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3 b	Estudios de caso-control individuales.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

RS = Revisión sistemática, ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado

Estudios de historia natural y pronóstico

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUENTE
A	1 a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en diferentes poblaciones.
	1 b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en una única población.
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (serie de casos).
B	2 a	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2 b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en muestras separadas.
	2 c	Investigación de resultados en salud.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración explícita.

RS = Revisión sistemática, ECA = Ensayo Clínico Aleatorizado

Diagnóstico diferencial/estudio de prevalencia de síntomas

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUENTE
A	1 a	RS, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) de estudios prospectivos de cohortes.
	1 b	Estudio de cohortes prospectivo con un seguimiento > 80% y con una duración adecuada para la posible aparición de diagnósticos alternativos.
	1 c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos).
B	2 a	RS de estudios de nivel 2 o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudio de cohortes retrospectivo o de baja calidad (< 80% de seguimiento).
	2c	Estudios ecológicos.
	3 a	RS de estudios de nivel 3b o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3 b	Estudio de cohortes con pacientes no consecutivos o con una población muy reducida.
C	4	Serie de casos o estándares de referencia no aplicados.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

RS = Revisión sistemática

Diagnóstico

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUENTE
A	1 a	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica con estudios 1 b de diferentes centros clínicos.
	1 b	Estudios de cohortes que validen la calidad de un test específico, con unos buenos estándares de referencia (independientes del test) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) estudiados en un solo centro.
	1 c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2 a	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2 b	Estudios exploratorios que, por ejemplo, a través de una regresión logística, determinen qué factores son significativos con unos buenos estándares de referencia (independientes del test), algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) derivados o validados en muestras separadas o bases de datos.
	3 a	RS de estudios diagnósticos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3 b	Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente.
C	4	Estudio de casos y controles de baja calidad o sin un estándar independiente.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

RS = Revisión sistemática

Análisis económico y análisis de decisiones

GRADO DE RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	FUENTE
A	1 a	RS de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	1 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas de la evidencia, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	1 c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores, pero más caras.
B	2 a	RS de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2 b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas con evidencia limitada, estudios individuales, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	2c	Investigación de resultados en salud.
	3 a	RS de estudios económicos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3 b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes.
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

RS = Revisión sistemática

3. DEFINICIONES DE ENTIDADES Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

ALODINIA: forma de hipersensibilidad visceral en la que existe una respuesta dolorosa anormal a una señal aferente visceral inocua.

DIARREA FUNCIONAL: deposiciones líquidas o blandas diarias o muy frecuentes que no se acompañan de dolor abdominal o de alternancia de estreñimiento.

DISTENSIÓN ABDOMINAL: sensación de que el abdomen está hinchado o lleno. Puede ser visible por el paciente o por un observador.

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL: grupo de trastornos funcionales que se presentan con deposiciones infrecuentes, dificultosas o incompletas.

HIPERALGESIA: forma de hipersensibilidad visceral en la que existe una respuesta dolorosa aumentada a un estímulo nociceptivo.

HIPERSENSIBILIDAD VISCERAL: hipersensibilidad intestinal. Condición en la que las respuestas del individuo a las señales viscerales aferentes están aumentadas o amplificadas. Los síntomas intestinales desagradables son producidos por estímulos que habitualmente no serían percibidos.

HIPNOSIS: estado de atención focalizada y sugestibilidad aumentada inducido de diversas formas. La hipnosis permite que los pacientes respondan mejor a las sugerencias para la mejoría de la sintomatología.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL: modelo que propone que la enfermedad es el resultado de la interacción simultánea de sistemas a nivel celular, de los tejidos, organismos, interpersonal y ambiental. Incorpora los aspectos biológicos del desorden con los rasgos psicosociales únicos del individuo y permite explicar la variabilidad en la expresión de la sintomatología entre individuos con la misma condición biológica.

MODELO BIOMÉDICO: es el modelo de enfermedad en Occidente, tanto a nivel de educación sanitaria como de investigación. Asume que todas las enfermedades están causadas por una única etiología de forma lineal y que éstas pueden ser orgánicas (con una etiología objetivamente definida) o bien funcionales (sin una etiología o patofisiología específica). Este modelo no es suficiente para explicar los trastornos funcionales gastrointestinales.

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA: síntomas como fiebre, sangrado, anemia, pérdida de peso o alteraciones en la exploración física (como una masa abdominal) que no pueden explicarse por un trastorno funcional gastrointestinal.

SISTEMA NERVIOSO ENTÉRICO: sistema nervioso autonómico situado en las paredes del tracto digestivo implicado con el control neurológico integrativo independiente de las funciones digestivas.

TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL: serie de técnicas cognitivas y conductuales que intentan explicar de qué manera ciertas ideas y comportamientos pueden afectar la sintomatología intestinal y el estrés psicológico asociado.

TRASTORNO FUNCIONAL INTESTINAL: trastorno funcional gastrointestinal en el que los síntomas se atribuyen al tracto gastrointestinal medio o bajo.

Fuente: Adaptado de Drossman DA, Corazziari D, Talley NK, Thompson NG, Whitehead WE, eds. Rome II. Functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment-A multinational consensus. 2nd ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2000.

4. CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

Para obtener el diagnóstico hay que rellenar el cuestionario sobre los distintos síntomas y seguir la clave final para ver el diagnóstico. Para el correcto uso del cuestionario es preciso descartar previamente que no hubiera otros trastornos estructurales que pudieran causar estos síntomas.

Los criterios de Roma requieren que los síntomas estén presentes por lo menos 12 semanas (al menos un día por semana) del último año.

Cuestionario diagnóstico: trastornos intestinales funcionales

- Síndrome del Intestino Irritable (SII)
- Distensión abdominal funcional
- Estreñimiento funcional

P1. *¿Ha sentido a menudo (durante al menos tres semanas en los últimos tres meses, por lo menos un día a la semana) molestias o dolor en el abdomen?*

- No o pocas veces (saltar a la pregunta 5)
 Sí

P2. *¿Su dolor o sus molestias mejoran o desaparecen después de las deposiciones?*

- No o pocas veces
 Sí

P3. *Cuando las molestias o el dolor empiezan, ¿tiene algún cambio en su número habitual de deposiciones (ya sean más o menos)?*

- No o pocas veces
 Sí

P4. *Cuando las molestias o el dolor empiezan, ¿sus excrementos son más blandos o más duros de lo habitual?*

- No o pocas veces
 Sí

P5. *¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas al menos un cuarto (1/4) de las veces (ocasiones o días) en los últimos tres meses? (marque todos los que corresponda)*

- ₁ Menos de tres deposiciones por semana (0-2)
 ₂ Más de tres deposiciones al día (4 o más)
 ₃ Heces duras o en bolas

- ₄ *Heces blandas, pastosas o líquidas*
- ₅ *Retortijones durante la deposición*
- ₆ *Tener que correr al baño para una deposición*
- ₇ *Sensación de vaciado incompleto tras una deposición*
- ₈ *Mucosidades durante la deposición*
- ₉ *Abdomen lleno, distendido o hinchado*
- ₁₀ *Sensación que las heces no pueden pasar (bloqueadas) cuando realiza una deposición*
- ₁₁ *Necesidad de apretar alrededor del ano o la vagina para tratar de sacar los excrementos para poder completar la deposición*

- **Diarrea funcional**

P6. *En los últimos 3 meses, ¿sus heces han sido blandas, pastosas o líquidas en más del 75% (3/4) de sus deposiciones?*

- No o pocas veces*
- Sí*

Clave diagnóstica

- SII: P1 = Sí, + 2 de (P2 o P3 o P4) = Sí¹

- SII con predominio de diarrea:
 - SII
 - + 1 o más de
[P5(2) o P5(4) o P5(6)],
 - Y ninguno de
[P5(1) o P5(3) o P5(5)],
 - o + 2 o más de
[P5(2) o P5(4) o P5(6)],
 - Y no más de 1 de
[P5(1) o P5(5)],
 - Y P5(3) = No

- SII con predominio de estreñimiento:
 - SII
 - + 1 o más de
[P5(1) o P5(3) o P5(5)],
 - Y ninguno de
[P5(2) o P5(4) o P5(6)],
 - o + 2 o más de
[P5(1) o P5(3) o P5(5)],
 - Y no más de 1 de
[P5(2) o P5(4) o P5(6)],

- Distensión abdominal funcional: P5(9), excluyendo SII y dispepsia².
- Estreñimiento funcional: Dos o más de [P5(1), P5(3), P5(5), P5(7), P5(10), P5(11)] = Sí, y P5(4) = No, excluyendo SII.
- Diarrea funcional: P6 = Sí, P1 = No, y en los últimos tres meses no ha tenido molestias o dolor en el abdomen superior (alrededor del ombligo o en la boca del estómago).

1. *Los pacientes que no cumplan estos criterios pero que en los últimos tres meses han tenido molestias o dolor en el abdomen superior (alrededor del ombligo o en la boca del estómago), + 2 de (P2 o P3 o P4) = sí, también deben ser considerados como SII.*

2. *Dispepsia funcional: dolor o malestar centrado en la parte superior del abdomen, al menos 12 semanas no necesariamente consecutivas, en los 12 meses previos, sin evidencia de enfermedad orgánica que pueda explicar los síntomas y que no se relaciona con la defecación o con cambios en la forma de las heces.*

- Trastornos intestinales no especificados: Síntomas intestinales, pero no suficientes para diagnosticar cualquier otro trastorno intestinal.

Fuente: Adaptado de Drossman DA, Corazziari D, Talley NK, Thompson NG, Whitehead WE, eds. Rome II. Functional gastrointestinal disorders: diagnosis, pathophysiology and treatment-A multinational consensus. 2nd ed. McLean, VA: Degnon Associates, 2000.

5. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBSQOL)

A continuación encontrará preguntas sobre sus molestias intestinales y sobre cómo afectan a su bienestar. El término 'Síndrome del Intestino Irritable' es un término general que se refiere a esos problemas y síntomas intestinales.

Las preguntas siguientes tratan sobre cómo se ha sentido, a causa del Síndrome del Intestino Irritable, durante las 4 últimas semanas (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA).

1. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia el Síndrome del Intestino Irritable le ha hecho sentirse...

	Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
1 a. Enfadado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 b. No tan contento/a como siempre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 c. Menos satisfecho/a de su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 d. Harto/a o frustrado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuánto tiempo el Síndrome del Intestino Irritable le ha hecho sentirse...

	Nunca	Un Poco	Algo	Bastante	Mucho	Siempre
2 a. Más nervioso/a de lo habitual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 b. Preocupado/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 c. Desanimado/a y deprimido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 d. Disgustado/a (por ejemplo, ha llorado o casi)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuántas noches ha tenido problemas para dormirse debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Todas las noches
- La mayoría de las noches
- Bastantes noches
- Pocas noches
- Ninguna noche

4. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se despertó usted durante la noche debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Todas las noches
- La mayoría de las noches
- Bastantes noches
- Pocas noches
- Ninguna noche

5. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se despertó usted más temprano de lo habitual por la mañana debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Todas las mañanas
- La mayoría de las mañanas
- Bastantes mañanas
- Pocas mañanas
- Ninguna mañana

6. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se ha sentido usted emocionalmente agotado/a y cansado/a debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Todos los días
- La mayoría de los días
- Bastantes días
- Pocos días
- Nunca

7. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿con qué frecuencia se ha sentido usted físicamente agotado/a y cansado/a debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Todos los días
- La mayoría de los días
- Bastantes días
- Pocos días
- Nunca

8. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿hasta qué punto los problemas o síntomas del Síndrome del Intestino Irritable han limitado o han disminuido su...

	No le han limitado en absoluto	Le han limitado ligeramente	Le han limitado algo	Le han limitado mucho	Le han limitado completamente	No procede
8a. Actividad física enérgica (como hacer aeróbic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Actividades físicas moderadas (como subir varios tramos de escaleras, llevar bolsas de comida o andar un kilómetro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Actividades físicas suaves (como pasar el aspirador o subir un tramo de escaleras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuántas veces NO ha comido cuando tenía hambre debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- Bastantes veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

10. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿cuántas veces ha evitado tomar ciertos alimentos o bebidas debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- Bastantes veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

11. ¿Cuántas veces le ha parecido poco apetecible la comida DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS debido al Síndrome del Intestino Irritable? (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA)

- Nunca
- Pocas veces
- Algunas veces
- Bastantes veces
- La mayoría de las veces
- Siempre

12. Debido al Síndrome del Intestino Irritable, ¿con qué frecuencia...

	Siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Nunca
12a. Se ha sentido incómodo/a en actividades familiares o sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b. Ha evitado ciertas actividades sociales porque el aseo no estaba cerca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12c. Le ha preocupado que el Síndrome del Intestino Irritable pudiera avergonzarlo/a durante sus actividades sociales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12d. Ha notado que el Síndrome del Intestino Irritable ha interferido en las actividades sociales o de tiempo libre de los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Por favor, señale hasta qué punto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones para indicar cómo los problemas o síntomas del Síndrome del Intestino Irritable han afectado al trabajo relacionado con su actividad principal DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS (MARQUE CON UNA 'X' UNA SOLA RESPUESTA POR PREGUNTA).

	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
13. El Síndrome del Intestino Irritable ha afectado a mi capacidad para tener éxito en mi trabajo/ actividad principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. He hecho menos trabajo (o actividad principal) debido al Síndrome del Intestino Irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Ha habido algún trabajo (o actividad principal) que he evitado debido al Síndrome del Intestino Irritable
16. El Síndrome del Intestino Irritable ha afectado a la calidad de mi trabajo /actividad principal

17. DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS, ¿ha tenido usted actividad sexual?

SÍ NO

Siempre A menudo A veces Casi nunca Nunca

- 17a ¿Ha interferido el Síndrome del Intestino Irritable en su actividad sexual?
- 17b ¿Ha evitado la actividad sexual debido al Síndrome del Intestino Irritable?
- 17c ¿Se ha sentido menos satisfecho/a con sus experiencias sexuales debido al Síndrome del Intestino Irritable?

MUCHAS GRACIAS⁶⁸

El IBS-QoL consta de 30 ítemes agrupados en 9 dimensiones: salud emocional, salud mental, sueño, energía, actividades diarias, hábitos alimenticios, actividades sociales, rol y sexual. Salud emocional: pregunta 1 (a,b,c,d); salud mental: 2 (a,b,c,d); sueño: 3,4,5; energía: 6 y 7; actividades diarias: 8 (a,b y c); hábitos alimenticios: 9, 10 y 11; actividades sociales: 12 (a,b,c,d); rol: 13,14,15,16; sexual: 17 (a,b,c).

Las categorías de respuesta son ordinales tipo likert con 5 o 6 opciones de respuesta. Se suman las puntuaciones de todos los ítemes y se estandarizan de 0 a 100 para calcular la puntuación total y la puntuación individual para cada dimensión. Puntuaciones mayores indican una mejor calidad de vida.

6. TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

LAXANTES			
Principio activo	Dosis recomendada	Nombre comercial	Presentación
FORMADORES DE VOLUMEN			
Ispagula (Plantago ovata) Cutícula	3,2-20 g/24 h	Biolid [®]	3,5 g: 15 y 30 sobres
		Metamucil [®] €	58,2%: polvo 165 y 250 g 3,26 g: 10 y 30 sobres
		Plantaben [®]	3,5 g 30 sobres
		Plantago Ovata Davur [®]	3,5 g: 15 y 30 sobres
		Plantago Ovata Rimafar [®]	3,5 g: 15 y 30 sobres
		Plantago Ovata Rovi [®]	3,5 g: 15 y 30 sobres
Ispagula (Plantago ovata) Cutícula + semillas	2-6 cucharaditas/24 h	Cenat [®]	Granulado 200 y 400 g
Metilcelulosa	1,5 g/8 h	Muciplasma [®] €	500 mg 50 cápsulas
ESTIMULANTES			
Bisacodilo	5-10 mg/24 h v.o. al acostarse 10 mg vía rectal por la mañana	Dulco Laxo [®] €	5 mg 30 grageas 10 mg 6 supositorios
Sen (Cassia angustifolia)	1-3 comprimidos/24h	Laxante Bescansa Normal [®] €	7,5 mg 24 comprimidos
		Laxante Salud [®] €	7,5 mg 30 comprimidos
		Takata [®] €	7,5 mg 30 comprimidos
	1-2 cucharaditas de 5 g/24 h	Laxante Olan [®] €	polvo efervescente 100 g
Senósidos A y B	12-36 mg/24 h	Modane [®] €	12 mg 20 grageas
		Puntual [®] €	30 mg/ml gotas solución 15 ml
		Pursenid [®] €	12 mg 20 grageas
Bisacodilo + sen	1 gragea /12- 24 h	Bekunis Complex [®] €	40 y 100 grageas
Sen, cáscara sagrada, acibar y ruibarbo.	1-2 comprimidos/24 h	Crislaxo [®] €	20 comprimidos
Sen + acibar	1-6 comprimidos/24 h	Laxante Sanatorium [®] €	48 comprimidos
Sen + caña fistula	1/4 -1 cucharadita/24 h	Pruina [®] €	frasco 240 g
Sen + coriandro	2 cucharaditas/24 h	Jarabe Manceau [®] €	jarabe 60 y 120 ml
OSMÓTICOS			
Lactitol	10-20 g/24 h	Emportal [®] €	10 g: 20 y 50 sobres 3,3 g/5 ml 200ml
		Oponaf [®] €	10 g: 20 y 50 sobres 100% 200g polvo
Lactulosa	dosis inicial:15ml/12 h mantenimiento:15-30 ml/24 h	Belmalax [®] €	3,3 g/5 ml 200 y 800 ml
		Duphalac [®] €	10 g: 10 y 50 sobres 15 ml 3,3 g/5 ml 200 y 800 ml
		Lactulosa level [®] €	3,3 g/5 ml 200 y 800 ml
		Lactulosa llorente [®] €	3,3 g/5 ml 800 ml
Polietilenglicol + electrolitos	1 sobre/8-24 h	Movical [®] €	10 y 20 sobres
Sulfato de magnesio + electrolitos	1-2 cucharaditas/24 h	Darmen Salt [®] €	granulado efervescente 100 g
		Salmagne [®] €	polvo 125 g
		Lebersal [®] €	granulado efervescente 100 g
ASOCIACIÓN ESTIMULANTE Y FORMADOR DE VOLUMEN			
Sen + Ispagula	1 sobre/24 h	Agiolax [®] €	12 sobres
	1-2 cucharaditas/24 h	Agiolax [®] €	granulado 100 g y 250 g
Sen + Fibra de maíz	Infusión: 1 taza /8-12 h	Agilherba [®] €	1,5 g 20 filtros y 80 g
Frangula + Goma esterculia	1-2 sobres/24 h	Normacal Forte [®] €	10 g: 10 y 30 sobres

€: No financiado por el Sistema Nacional de Salud
v.o.: Vía oral

ANTIDIARREICOS			
Principio activo	Dosis recomendada	Nombre comercial	Presentación
Loperamida	5-10 mg/24 h	Elissan [®] €	2 mg 10 y 20 comprimidos
		Fortasec [®]	0,2 mg/ml gotas 100 ml 2 mg 10 y 20 cápsulas
		Imodium [®] €	2 mg 12 cápsulas
		Imodium Flas [®] €	2 mg 12 cápsulas liotabs
		Loperamida Rimafar [®] €	2 mg 10 y 20 cápsulas
		Loperan [®]	2 mg 10 y 20 cápsulas
		Loperkey [®] €	2 mg 10 y 20 cápsulas
		Protector [®] €	2 mg 10 y 20 comprimidos
		Salvacolina Nf [®] €	0,2 mg/ml suspensión 100 ml 2 mg 12 y 20 comprimidos
		Taguinol [®]	0,2 mg/ml gotas 100 ml 2 mg 10 y 20 cápsulas
RESINAS DE INTERCAMBIO ANIÓNICO			
Principio activo	Dosis recomendada	Nombre comercial	Presentación
Colestiramina	8-24g/24 h en una o varios tomas máximo 32 g/24 h en 4 tomas	Lismal [®]	4 g 50 sobres
		Resincolestiramina [®]	4 g 50 sobres
Colestipol	5g/12-24 h máximo 30 g/24 h en 3 tomas	Colestid [®]	5 g 30 sobres
ESPASMOLÍTICOS			
Principio activo	Dosis recomendada	Nombre comercial	Presentación
Bromuro de butilescolamina	10-20 mg/3-5 veces/24 h	Buscapina [®]	10 mg 6 supositorios
			10 mg 60 comprimidos recubiertos
Bromuro de otilonio	40 mg/8-12 h	Spasmocetyl [®]	20 mg 6 supositorios 40 mg 60 grageas
Bromuro de pinoverio	50 mg/8 h	Eldicet [®]	50 mg 50 comprimidos
Mebeverina	135 mg/8 h	Duspotalin [®]	135 mg 60 grageas
Trimebutina	100-200 mg/8-12 h	Polibutin [®]	100 mg 20 comprimidos
			24 mg\5 ml susp 250 ml
ANTIDEPRESIVOS			
Principio activo	Dosis recomendada	Nombre comercial	Presentación
TRICÍCLICOS			
Amitriptilina	10-25 mg/24 h	Deprelia [®]	25 mg 30 capsulas
			10 mg 24 comprimidos recubiertos
			25 mg: 24 y 60 comprimidos
			50 mg 30 comprimidos 75 mg 30 comprimidos
Clomipramina	10-25 mg/24 h	Anafranil [®]	10 mg 50 grageas
			25 mg 40 grageas
			75 mg 28 comprimidos
Doxepina	25 mg/24 h	Sinequan [®]	25 mg 30 y 100 cápsulas
Imipramina	50-100 mg/24 h	Tofranil [®]	10 mg 60 grageas
			25 mg 50 grageas 50 mg 30 grageas
		Tofranil Pramoato [®]	75 mg 28 cápsulas 150 mg 28 cápsulas
Trimipramina	12,5-50 mg/24 h	Surmontil [®]	25 mg 50 comprimidos
			100 mg 50 comprimidos
ISRS			
Paroxetina	10-40 mg/24 h	EFG y varias marcas	20 mg: 14, 28 i 56 comprimidos
OTROS			
Mianserina	10-30 mg/24 h	Lantanon [®]	10 mg 50 comprimidos recubiertos
			30 mg 30 comprimidos recubiertos

€: No financiado por el Sistema Nacional de Salud
v.o.: Vía oral

7. INFORMACIÓN Y RECURSOS PARA LOS PACIENTES

¿QUÉ ES EL SII?

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno frecuente que afecta el funcionamiento normal de los intestinos. Se caracteriza por una serie de síntomas: dolor o malestar abdominal, retortijones, gases, hinchazón abdominal, estreñimiento o diarrea. Algunas personas experimentan todos estos síntomas, pero otras sólo algunos de ellos.

Es una enfermedad que se presenta más a menudo en mujeres que en hombres, y acostumbra a manifestar sus síntomas alrededor de los 20 años, aunque puede presentarse mucho antes y mucho después. Es menos frecuente en ancianos.

El SII puede llegar a ser muy molesto, pero no daña de forma permanente los intestinos, ni comporta sangrados ni otras enfermedades serias como podría ser el cáncer. La mayoría de las personas aquejadas de SII pueden controlar los síntomas con dieta, control del estrés y medicación proporcionada por su médico. Sin embargo, para otras personas puede llegar a ser incapacitante, y es posible que tengan miedo a asistir a eventos sociales, a ir a trabajar, o inclusive a viajar a sitios no muy alejados.

¿QUÉ CAUSA EL SII?

¿Qué causa que una persona tenga SII y otra no? Nadie lo sabe. Las investigaciones sugieren que las personas con SII tienen un intestino grueso (colon) más sensible y reactivo de lo normal a determinadas circunstancias, como ciertos alimentos y el estrés.

Los siguientes factores se han asociado con un empeoramiento de los síntomas del SII:

- comidas copiosas
- hinchazón por gases en el colon
- algunos fármacos
- trigo, centeno, cebada, chocolate, productos lácteos, o alcohol
- bebidas con cafeína, como el café, el té o las colas
- estrés, conflictos o desengaños emocionales

La presencia de sangre en las heces, la fiebre, la pérdida del peso, y el dolor agudo abdominal no son síntomas de SII y pueden indicar otros problemas tales como inflamación intestinal, o más raramente lesiones malignas.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL SII?

Si usted cree que puede tener SII, antes que nada debe consultar con su médico. El SII se diagnostica generalmente en base a unos criterios diagnósticos, un historial médico completo que incluya una descripción cuidadosa de síntomas y un examen físico. Habitualmente, estos pasos son suficientes para diagnosticar el SII, y no ayudan al diagnóstico ni las exploraciones de rayos X, la endoscopia (que examina el colon a través de un tubo flexible introducido a través del ano) o el test de aliento. En determinados casos, si su médico lo considera conveniente, es posible que sea necesario realizar alguna prueba para descartar otras enfermedades.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE SII

Dolor o malestar abdominal durante un mínimo de 12 semanas en los 12 meses anteriores. Estas 12 semanas no tienen por qué ser consecutivas.

El dolor o el malestar abdominal tiene dos de las tres características siguientes:

- Se alivia cuando tiene una deposición.
- Cuando empieza, hay un cambio en su frecuencia de deposiciones.
- Cuando empieza, hay un cambio en la forma o color de sus heces.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL SII?

Hasta el momento, no es posible curar el SII. Sin embargo, hay muchas opciones disponibles para tratar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Su médico le facilitará los mejores tratamientos disponibles para sus síntomas particulares y le animará a que controle el estrés y realice cambios en su dieta. Discuta sus problemas con su médico de forma regular, e infórmele de qué estrategias le han dado resultado y cuáles no. Siguiendo los consejos de su médico la mayoría de personas pueden conseguir mejorar sus síntomas o incluso que lleguen a desaparecer por completo.

La realización de ejercicio físico y el permitir un tiempo suficiente para la defecación son medidas recomendables para los pacientes con SII.

La medicación es una parte importante para el alivio de los síntomas. Su médico puede sugerir suplementos de fibra o laxantes ocasionales para el estreñimiento, así como medicinas para disminuir la diarrea, tranquilizantes para calmarle, o fármacos que controlen los espasmos del músculo del colon para reducir el dolor abdominal. Los antidepresivos podrían también aliviar algunos síntomas.

Con cualquier medicamento, incluso aquellos que se pueden conseguir en herboristerías como laxantes o suplementos de fibra, es importante seguir las instrucciones de su médico. Hay que tener en cuenta que los medicamentos no afectan a todas las personas por igual, y que un mismo medicamento o combinación de medicamentos no siempre funcionará con cualquier persona con SII. Debe trabajar con su médico para encontrar la mejor combinación de dieta, medicamentos, consejos y apoyo para controlar sus síntomas.

¿CÓMO AFECTA EL ESTRÉS AL SII?

La sensación de estrés, tanto a nivel emocional como mental, situaciones problemáticas o desbordantes o un simple enfado pueden estimular los movimientos del colon en las personas con SII. El colon dispone de una amplia cadena de nervios que lo conectan con el cerebro. Estos nervios controlan las contracciones rítmicas normales del colon, y causan molestias abdominales cuando se viven situaciones de estrés. A menudo la gente nota retortijones o mareos cuando están nerviosos o preocupados. Pero con el SII, el colon puede reaccionar incluso al menor indicio de estrés. El estrés también provoca que la mente esté concentrada en las sensaciones procedentes del colon y provocar que la persona estresada viva estas sensaciones de forma desagradable.

El manejo del estrés incluye:

- asesoramiento y apoyo
- ejercicios regulares como caminar o yoga
- cambios en las situaciones estresantes de tu vida
- dormir las horas adecuadas
- tratamiento psicológico especializado

¿PUEDEN LOS CAMBIOS EN LA DIETA AYUDAR EN EL SII?

Para muchas personas, una dieta cuidadosa reduce los síntomas del SII. Antes de cambiar su dieta, mantenga un diario de las comidas que parecen causarle molestias. Discuta sus hallazgos con su médico. También puede consultar a un dietista, que puede ayudarle a realizar cambios en su dieta. Por ejemplo, si los productos lácteos parece que empeoran sus síntomas, puede intentar comer menos de estos productos. Quizás usted tolere mejor el yogur que otros productos lácteos porque contiene una bacteria que complementa la encima necesaria para digerir la lactosa, el azúcar que contienen los productos lácteos. Los productos lácteos son una importante fuente de calcio y otros nutrientes en la dieta. Si necesita evitar productos lácteos, asegúrese que obtiene los nutrientes adecuados de otros alimentos de su dieta o tome suplementos de calcio.

En muchos casos, una dieta rica en fibra parece reducir los síntomas de SII, especialmente el estreñimiento. Sin embargo, podría no ser de ayuda para el dolor o la diarrea. Los panes de cereales y semillas, las frutas y las verduras son buenas fuentes de fibra. Las dietas con altos contenidos de fibra ayudan al colon a mantenerse relajado, lo que puede ayudar a evitar espasmos. Algunas formas de fibra ayudan también a mantener agua en las heces, de forma que previene las heces duras y difíciles de pasar. Los médicos suelen recomendar una dieta con suficiente fibra para producir deposiciones blandas y no dolorosas. Las dietas ricas en fibras pueden producir gases e hinchazón abdominal, pero normalmente estos síntomas pasan en cuanto el cuerpo se ajusta a las pocas semanas.

Beber de seis a ocho vasos de agua al día es importante, especialmente si sufre diarrea. Sin embargo, beber bebidas carbonatadas como las sodas o las colas puede provocar gases y causar molestias. Los chicles y las comidas muy rápidas pueden causar que se acumule aire en los intestinos, lo que puede ocasionar gases.

También hay que tener en cuenta que las comidas copiosas pueden causar dolores y diarreas, por lo que comidas ligeras más frecuentes, o comer porciones menores puede ayudar a aliviar los síntomas de SII. También podría ayudar si las comidas son bajas en grasas y altas en carbohidratos como la patata, el arroz, cereales (a no ser que sufra enfermedad celíaca), frutas y verduras.

¿ ESTÁ EL SII RELACIONADO CON OTRAS ENFERMEDADES?

El SII no es una enfermedad en sí misma. Como su nombre indica es un síndrome, es decir una combinación de signos y síntomas. Pero el SII no predispone a ninguna enfermedad orgánica seria o grave, incluyendo el cáncer. A lo largo de los años el SII ha tenido muchos nombres, entre ellos colitis, colitis mucosas, colon espástico, intestino espástico o colon irritable. No se ha establecido ninguna relación entre el SII y enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa. El SII puede asociarse con otras enfermedades, como fibromialgia, dolor abdominal pélvico crónico o trastornos psiquiátricos.

Puntos clave a recordar:

- El SII es un trastorno que interfiere con las funciones normales del colon. Los síntomas son dolores abdominales agudos, hinchazón, estreñimiento y diarrea.
- El SII es una enfermedad frecuente, que se presenta más a menudo en mujeres que en hombres.

- Las personas con SII tienen un colon más sensible y que reacciona a estímulos que no molestarían a otras personas, como podrían ser el estrés, comidas copiosas, gas, medicamentos, algunos alimentos, cafeína o alcohol.
- El SII se diagnostica por sus síntomas y la ausencia de otras enfermedades.
- Muchas personas pueden controlar sus síntomas cambiando su dieta, reduciendo el estrés o tomando medicamentos (laxantes, antidiarreicos, antidepresivos, etc).
- El SII no daña los intestinos y no provoca cáncer. No está relacionado con la enfermedad de Crohn o la colitis ulcerosa.

RECURSOS E INFORMACIÓN SOBRE EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

EN CASTELLANO:

RECURSOS PARA PROFESIONALES:

http://www.msc.es/profesional/biblioteca/recursos_propios/infmedic/documentos/dispepsia.pdf

Información sobre tratamiento del SII disponible en la web del Ministerio de Sanidad y Consumo.

<http://www.scdigestologia.org/8curs/tema5.htm>

Tema relativo a los tratamientos del síndrome de intestino irritable, dentro del VIII Curso de Postgrado de la Sociedad Catalana de Digestivo. La web está patrocinada por distintas compañías.

<http://www.intestino.com/>

Página para profesionales que facilita una plataforma de actualidad y consulta sobre el SII. Contiene literatura científica y formación continuada relacionada con la especialidad, noticias de actualidad y agenda. También incluye un servicio de búsqueda bibliográfica, biblioteca y recursos electrónicos de interés. Requiere un registro gratuito. Ha sido elaborada por Novartis.

http://www.calacervera.com/colon_irritable.htm

Una visión del SII desde la nutrición ortomolecular. Ofrece en la web la posibilidad de contratar sus servicios.

<http://www.colonirritable.com.ar/>

Página de una psicóloga y psicoterapeuta argentina que propone la implementación del tratamiento psicológico para el abordaje del intestino irritable. Ofrece la posibilidad de comprar su libro o de consultar on-line.

RECURSOS PARA PACIENTES:

<http://www.gastro.org/clinicalRes/brochures/ibs-span.html>

Información para pacientes preparada por la asociación americana de gastroenterología. No se especifican las fuentes de financiación, aunque no aparece publicidad en la web.

<http://www.forosii.com/>

Foro promovido por una paciente que tiene por objetivo ser un punto de encuentro de las personas que sufren SII. Incluye la posibilidad también de realizar un chat. No es una página informativa, sino una página interactiva en la que se intercambian experiencias. No se declaran fuentes de financiación, pero tampoco incluye publicidad.

<http://www.colon-irritable.com/>

Página web de un psicólogo con información sobre SII, donde trata su diagnóstico, causas y tratamiento. No se mencionan fuentes de financiación ni tiene publicidad.

http://www.fisterra.com/material/dietas/colon_irritable.asp

Consejos y dietas para pacientes con SII recogidas por el portal de Atención Primaria Fisterra. El portal incluye publicidad.

http://www.tuotromedico.com/temas/colon_irritable.htm

Información sobre SII para pacientes, proporcionada por médicos. Breve y conciso. El portal está patrocinado por Sanitas, e incluye también publicidad.

<http://www.laboticadigital.com/DetSeccion.asp?Codigo=356&Seccion=2&Tipo=N>

Información sobre SII para pacientes, elaborada por redactores a partir de declaraciones de expertos. El portal incluye publicidad.

<http://www.hablaibs.org/index.html>

Portal para pacientes con SII con estreñimiento. Incluye información sobre síntomas y posibles tratamientos. Es una iniciativa educativa destinada a los pacientes apoyada por Novartis Pharmaceuticals Corporation.

EN INGLÉS:

RECURSOS PARA PROFESIONALES:

<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/IBDAbstractIndex.htm>

Página web con las revisiones del Grupo Cochrane de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Incluye revisiones y protocolos sobre SII.

<http://www.ibdforum.com/>

Punto de encuentro de profesionales para ponerse al día de SII. Incluye buscador de artículos, foro de discusión y enlaces a guías de práctica clínica.

www.digestive-motility.org

Web del Centro Europeo de motilidad digestiva para mejorar y estandarizar la calidad de la asistencia médica a los pacientes con trastornos funcionales digestivos. Contiene información y recursos tanto para profesionales como para pacientes.

<http://www.medscape.com/pages/editorial/resourcecenters/public/ibs/rc-ibs.ov?src=hp20.rc-top>

Centro de Recursos de Medscape sobre SII y estreñimiento crónico. Requiere registro para acceder a la información, pero es gratuito. La web está financiada a través de becas educacionales, en el caso del SII por Novartis.

<http://www.emedicine.com/med/topic1190.htm>

Página web con información sobre SII, con información sobre la importancia de la enfermedad, elementos clínicamente diferenciales, tratamientos, medicación, seguimiento y bibliografía. Financiado a través de publicidad y cursos ofrecidos desde el sitio web.

<http://www.gastro.org/edu/portableMedInfo.html>

Recursos para ordenadores de mano (PDA) sobre gastroenterología, disponibles desde distintas fuentes. No se especifican las fuentes de financiación, aunque no aparece publicidad en la web. Se facilita acceso a las revistas que publica la asociación, donde algunas son de pago.

<http://www.romecriteria.org/>

Página web oficial de los criterios de Roma. Es posible comprar on-line el libro con los criterios.

<http://www.medreviews.com/index.cfm?fuseaction=journals&journalid=3>

Revista Reviews in Gastroenterological Disorders. Incluye revisiones sobre SII.

<http://beyondwellbeing.com/ibs/>

Información sobre tratamientos del SII desde la perspectiva de la medicina tradicional china. La página está financiada por un centro de acupuntura y medicina tradicional china, que ofrece sus servicios a través de la web.

<http://www.espcg.org/>

Página web de la Sociedad Europea de Gastroenterología de Atención Primaria. No tiene información específica sobre SII.

RECURSOS PARA PACIENTES:

<http://www.ibspage.com/>

Extensiva colección de enlaces, tanto para profesionales como para pacientes. Muy exhaustivo y bien clasificado por áreas. Página personal, con anuncios de google como única fuente de financiación visible.

<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/ibs/index.htm>

Página web del National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK), que forma parte de los National Institutes of Health del U.S. Department of Health and Human Services. Proporciona información sobre SII facilitada por profesionales sanitarios.

<http://www.aboutibs.org/>

Página web del International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders. Proporciona información sobre SII específicamente. Se financian a través de donaciones.

<http://www.ibsgroup.org/>

Página del grupo de apoyo y autoayuda de SII. Contiene una gran cantidad de información sobre SII, desde artículos publicados en periódicos generalistas, como estudios clínicos publicados en revista, además de una amplia lista de estudios en marcha. También incluye listados de tratamientos disponibles, así como fóruns y chats para consultar o solicitar información on-line. La página se mantiene a través de la publicidad.

www.digestive-motility.org

Web del Centro Europeo de motilidad digestiva para mejorar y estandarizar la calidad de la asistencia médica a los pacientes con trastornos funcionales digestivos. Contiene información y recursos tanto para profesionales como para pacientes.

<http://www.ibsgroup.org/main/aboutibs.html>

Cómo explicar qué es el SII a personas que no lo sufren.

<http://www.ibstales.com/>
<http://www.irritable-bowel-syndrome.ws/>

Páginas web para pacientes donde personas con SII explican sus experiencias con la enfermedad, tanto positivas como negativas. La segunda dirección está enfocada directamente a tratamientos. La página la mantiene una paciente de SII. No incluye información clara sobre financiación.

<http://www.quackwatch.org/03HealthPromotion/ibs.html>

Información para pacientes sobre el SII, preparada por el Dr. Barrett, de Quackwatch. Quackwatch es una organización sin ánimo de lucro que pretende luchar contra el fraude médico, mitos y falacias, facilitando información que es difícil o imposible de conseguir en otros lugares. El sitio web está financiado por pequeñas donaciones individuales, comisiones por ventas en otros sitios web que tienen acceso directo, enlaces patrocinados y beneficios por la venta de publicaciones.

<http://www.jhu.edu/~jhumag/0497web/gastro1.html>

Reportaje del John Hopkins magazine sobre SII, no muy exhaustivo pero bastante gráfico. La web está mantenida por la John Hopkins University.

<http://www.overcomeibs.com/>

Página de venta de un libro de autoayuda sobre SII, contiene información sobre SII. Se financia con la venta del libro.

<http://foro.ladietetica.com/>

Foro relacionado con terapias naturales en el que hay un apartado sobre el SII.

Experiencia de un paciente con SII: Esther Martí Barrios. Colon irritable, una historia real. ISBN: 84-609-2409-2.

Existen tres asociaciones de reciente creación: AACICAT-Asociació d'afectats de colon irritable de Catalunya (www.aacicat.org, aacicat@yahoo.es), ACSII (Asociación de pacientes con SII de Aragón) y AMASII (Asociación de pacientes con SII de Madrid).

8. ÁREAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

- Definición de nuevos criterios diagnósticos más precisos y de mayor utilidad práctica. En la actualidad ya se está trabajando en la remodelación de los criterios diagnósticos del SII en busca de los “Roma III”.
- Estudios epidemiológicos que esclarezcan la relación del SII con otros trastornos funcionales digestivos y extradigestivos.
- Análisis epidemiológicos, fisiopatológicos y clínicos para establecer si el SII es o no una única entidad.
- Estudios observacionales que nos ayuden a conocer la historia natural del SII.
- Estudios mecanicistas que correlacionen hallazgos fisiopatológicos concretos con manifestaciones clínicas específicas.
- Investigación de nuevos mediadores de motilidad y sensibilidad, y su posible modulación.
- Estudios observacionales en pacientes con SII y controles para establecer con certeza cuál es el rol potencial de la modificación de la dieta en el SII.
- Implementación de métodos más sencillos y asequibles para evaluar la sensibilidad visceral.
- Realización de ensayos clínicos multicéntricos en subtipos específicos de pacientes con SII utilizando nuevos fármacos.
- Investigación sobre la verdadera importancia de los aspectos psicológicos en el SII, y la utilidad de la psicoterapia en su tratamiento mediante estudios comparativos aleatorizados.
- Desarrollo completo del modelo biopsicosocial para el SII.
- Generación de equipos multidisciplinares tanto de investigación como de atención del SII.

9. DIRECCIONES DE INTERÉS EN INTERNET

■ GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Red Internacional de Guías de Práctica Clínica

<http://www.g-i-n.net/>

AGREE

<http://www.agreecollaboration.org/>

Instrumento AGREE (en castellano)

<http://www.fbjoseplaporte.org/cast/docs/agreefoma.pdf>

DIRECTORIOS EN CASTELLANO

Proyecto GuíaSalud, cuyo objetivo es ofrecer un catálogo de Guías de Práctica Clínica

<http://www.guiasalud.es/>

Fisterra

http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.htm

Página de Rafa Bravo

<http://infodoctor.org/rafabravo/guidelines.htm>

Medicina de familia.net

<http://www.medicinadefamilia.net/guias/guias.asp>

BASES DE DATOS

National Guideline Clearinghouse.

<http://www.guidelines.gov/>

Guidelines Finder

<http://rms.nelh.nhs.uk/guidelinesfinder/>

Canadian Medical Association. CMA Infobase

<http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>

Health Services/Technology Assessment Text

<http://text.nlm.nih.gov/>

CENTROS QUE ELABORAN GUÍAS

National Institute for Clinical Excellence (NICE)

<http://www.nice.org.uk/>

New Zealand Guidelines

<http://www.nzgg.org.nz/>

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)

<http://www.sign.ac.uk/>

BUSCADORES

SUMSearch

<http://sumsearch.uthscsa.edu/espanol.htm>

TRIPdatabase

<http://www.update-software.com/scripts/clibNG/HTML/TRIPUsernameLogon.htm>

■ REVISIONES SISTEMÁTICAS

Cochrane Library Plus

<http://www.update-software.com/clibplus/clibplus.htm>

Centro Cochrane Iberoamericano

<http://www.cochrane.es>

NHS Centre for Reviews and Dissemination University of York

<http://www.york.ac.uk/inst/crd/welcome.htm>

■ INFORMES DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III

<http://www.isciii.es/aets/>

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía

<http://www.juntadeandalucia.es/salud/orgdep/AETSA/>

Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica de Catalunya

<http://www.aatrm.net/>

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba)

<http://www.euskadi.net/sanidad/>

Axencia de Avaluación de tecnoloxías sanitarias de Galicia, Avalia-t.

<http://www.sergas.es/avalia-t>

International network of Agencies for Health Technology Assessment

<http://www.inahta.org/>

Agency for Healthcare Research and Quality of the U.S. department of Health and Human Services

<http://www.ahrq.gov/>

■ REVISTAS, REVISIONES SECUNDARIAS Y BASES DE DATOS

Pubmed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

Revistas médicas a texto completo

<http://freemedicaljournals.com/>

ACP Journal Club

<http://www.acponline.org/journals/acpic/jcmenu.htm>

Bandolier

<http://www.jr2.ox.ac.uk:80/Bandolier>

Bandolera (versión en castellano de Bandolier)

<http://infodoctor.org/bandolera>

Clinical Evidence

<http://www.evidence.org/>

10. ACRÓNIMOS

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

ECA: Ensayo clínico aleatorizado

GPC: Guía de práctica clínica

IBSQOL: *Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire*. Cuestionario de Calidad de Vida del Síndrome del Intestino Irritable

IC: Intervalo de confianza

OR: Odds ratio

RR: Riesgo relativo

RS: Revisión sistemática

SERT: proteína transportadora de la serotonina

SII: Síndrome del intestino irritable

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Mínguez M, Benages A. Diagnóstico del síndrome del intestino irritable. *Med Clin Monograf (Barc)* 2003; 4(2): 37-40.
3. Longstreth GF, Yao JF. Irritable bowel syndrome and surgery: a multivariable analysis. *Gastroenterology* 2004; 126: 1665-73.
4. 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.
5. Mearin F, Badia X, Balboa A, Baró E, Caldwell E, Cucala M et al. Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36: 1155-61.
6. Badia X, Mearin F, Balboa A, Baró E, Caldwell E, Cucala M et al. Burden of illness in irritable bowel syndrome comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmacoeconomics* 2002; 20 (11): 749-58.
7. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328: 1490-8.
8. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards a positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978; 2: 653-4.
9. Thompson WG, Dotevall G, Drossman DA, Heaton KW, Kruis W. Irritable bowel syndrome: guidelines for the diagnosis. *Gastroenterol Int* 1989; 2: 92-5.
10. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Müller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): 1143-7.
11. Whitehead WE, Crowell MD, Bosmajian L, Zonderman A, Costa PT Jr, Benjamin C et al. Existence of irritable bowel syndrome supported by factor analysis of symptoms in two community samples. *Gastroenterology* 1990; 98: 336-40.
12. Thompson WG, Creed F, Drossman DA, Heaton KW, Mazzacca G. Functional bowel disease and functional abdominal pain. *Gastroenterol Int* 1992; 5: 75-91.
13. Gaburri M, Bassotti G, Bacci G, Cinti A, Bosso R, Ceccarelli P et al. Functional gut disorders and health care seeking behavior in an Italian non-patient population. *Recenti Prog Med* 1989; 80: 241-4.
14. Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ* 1992; 304: 87-90.
15. Talley NJ, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Irritable bowel syndrome in a community: symptom subgroups, risk factors, and health care utilization. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 76-83.
16. Lembo T, Fullerton S, Diehl D, Raeen H, Munakata J, Naliboff B et al. Symptom duration in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 898-905.
17. Lembo T, Naliboff B, Munakata J, Fullerton S, Saba L, Tung S et al. Symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1320-26.
18. Bommelaer G, Dorval E, Denis P, Czernichow P, Frexinos J, Pelc A et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in the French population according to the Rome I criteria. *Gastroenterol Clin Biol* 2002; 26: 1118-23.

19. Mearin F, Balboa A, Badia X, Baro E, Caldwell E, Cucala M, et al. Irritable bowel syndrome subtypes according to bowel habit: revisiting the alternating subtype. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003; 15: 165-72.
20. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000; 46: 78-82.
21. Talley NJ, Zinsmeister AR, Van Dyke C, Melton LJ 3rd. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 101 (4): 927-34.
22. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
23. Hahn BA, Saunders WB, Maier WC. Differences between individuals with self-reported irritable bowel syndrome (IBS) and IBS-like symptoms. *Dis Dis Sci* 1997; 42 (12): 2585-90.
24. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1910-5.
25. Saito YA, Talley NJ, J Melton L, Fett S, Zinsmeister AR, Locke GR. The effect of new diagnostic criteria for irritable bowel syndrome on community prevalence estimates. *Neurogastroenterol Motil* 2003; 15: 687-94.
26. Thompson WG, Irvine EJ, Pare P, Ferrazzi S, Rance L. Functional gastrointestinal disorders in Canada: first population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 225-35.
27. Talley NJ, Boyce PM, Jones M. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome: a population based study. *Gut* 1997; 41: 394-98.
28. Boyce PM, Koloski NA, Talley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3176-83.
29. Heaton KW, O'Donnell LJ, Braddon FE, Mountford RA, Hughes AO, Cripps PJ. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters. *Gastroenterology* 1992; 102: 1962-7.
30. Kennedy TM, Jones RH, Hungin APS, O'Flanagan H, Kelly P. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux, and bronchial hyper-responsiveness in the general population. *Gut* 1998; 43: 770-4.
31. Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 495-502.
32. Agréus L, Svärdsudd K, Nyrén O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995; 109: 671-80.
33. Müller-Lissner SA, Bollani S, Brummer RJ, Coremans G, Dapoigny M, Marshall JK, et al. Epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Europe and North America. *Digestion* 2001; 64: 200-4.
34. Bommelaer G, Rouch M, Dapoigny M, Pais D, Loisy P, Gualino M, et al. Épidémiologie des troubles fonctionnels intestinaux dans une population apparemment saine. *Gastroenterol Clin Biol* 1986; 10: 7-12.
35. Hillila MT, Farkkila MA. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 339-45.
36. Baretic M, Bilic A, Jurcic D, Mihanovic M, Sunic-Omejc M, Dorosulic Z et al. Epidemiology of irritable bowel syndrome in Croatia. *Coll Antropol* 2002; 26: 85-91.
37. Caballero-Plasencia AM, Sofos-Kontoyannis S, Valenzuela-Barranco, Martín-Ruiz JL, Casado-Caballero FJ, Guílarte-López-Mañas J. Irritable bowel syndrome in patients with

- dyspepsia: a community-based study in southern Europe. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999; 11: 517-22.
38. Masud MA, Hasan M, Khan AK. Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: prevalence, symptoms pattern, and health care seeking behavior. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1547-52.
 39. Xiong LS, Chen MH, Chen HX, Xu AG, Wang WA, Hu PJ. A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China: stratified randomized study by cluster sampling. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1217-24.
 40. Kwan AC, Hu Wh, Chan YK, Yeung YW, Lai TS, Yuen H. Prevalence of irritable bowel syndrome in Hong Kong. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17 (11): 1180-6.
 41. Rajendra S, Alahuddin S. Prevalence of irritable bowel syndrome in a multi-ethnic Asian population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 704-6.
 42. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiol* 1992; 136: 165-77.
 43. Kay L, Jorgensen T, Jensen KH. The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random population: prevalence, incidence, natural history and risk factors. *J Intern Med* 1994; 236: 23-30.
 44. Locke GR 3rd, Yawn BP, Wollan LJ, Melton LJ 3rd, Lydick E, Talley NJ. Incidence of a clinical diagnosis of the irritable bowel syndrome in a United States population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1025-31.
 45. Thompson WG. Gender differences in irritable bowel symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 299-302
 46. Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly: a population-based study. *Gastroenterology* 1992; 102: 895-901.
 47. Kay L, Jorgensen T, Schultz-Larsen K. Colon related symptoms in a 70-year-old Danish population. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1445-9.
 48. Taub E, Cuevas JL, Cook III EW, Crowell M, Whitehead WE. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis. Gender and race comparisons. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 2647-55.
 49. Zuckerman MJ, Guerra LG, Drossman DA, Foland JA, Gregory GG. Comparison of bowel patterns in Hispanics and non-Hispanic whites. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 1763-9.
 50. Ho KY, Kang JY, Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial Asian population, with particular reference to reflux-type symptoms. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1816-22.
 51. Inadomi JM, Fennerty MB, Bjorkman D. Systematic review: the economic impact of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 671-682.
 52. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut* 1998; 42: 690-5.
 53. 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.
 54. Guilera M, Balboa A, Mearin M. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome. Systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005; 100 (5): 1174-84.
 55. El-Serag HB, Pilgrim P, Schoenfeld P. Natural history of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19 (8): 861-70.

56. Kennedy TM, Jones RH. The epidemiology of hysterectomy and irritable bowel syndrome in a UK population. *Int J Clin Pract* 2000; 54: 647-50.
57. Kennedy TM, Jones RH. Epidemiology of cholecystectomy and irritable bowel syndrome in a UK population. *Br J Surg* 2000; 87: 1658-63.
58. Heaton KW, Parker D, Cripps H. Bowel function and irritable bowel symptoms after hysterectomy and cholecystectomy-a population based study. *Gut* 1993; 34: 1108-11.
59. Hasler WL, Schoenfeld P. Systematic review: Abdominal and pelvic surgery in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 997-1005.
60. Mearin F, Perelló A, Perona M. Calidad de vida en los pacientes con síndrome del intestino irritable. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27 (Suppl 3): 24-31.
61. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology* 2000; 119: 654-60.
62. Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion* 1999; 60: 77-81.
63. Akehurst RL, Brazier JE, Mathers N, O'Keefe C, Kaltenthaler E, Morgan A et al. Health-related quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 455-62.
64. Koloski NA, Talley NJ, Boyce PM. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 67-71.
65. Whitehead WE, Burnett CK, Cook EW 3rd, Taub E. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 2248-53.
66. Simren M, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson ES. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36: 545-52.
67. 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: 1171-85.
68. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey: a measure of clinical outcomes. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 771-6.
69. Badia X, Alonso J. Validity and reproducibility of the Spanish Version of the Sickness Impact Profile. *J Clin Epidemiol* 1996; 49 (3): 359-65.
70. Badia X, Gutierrez F, Wiklund I, Alonso J. Validity and reliability of the Spanish version of the Psychological General Well-Being Index. *Qual Life Res* 1996; 5: 101-108.
71. Hahn BA, Kichdoerfer LJ, Fullerton S, Mayer E. Evaluation of a new quality of life questionnaire for patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1997; 11: 547-52.
72. Badia X, Herdman M, Mearin F, Pérez I. Adaptación al español del cuestionario IBSQOL para la medición de la calidad de vida en pacientes con síndrome del intestino irritable. *Rev Esp Enf Dig* 2000; 92: 637-43.
73. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, DiCesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome: development and validation of a new measure. *Dig Dis Sci* 1998; 43 (2): 400-11.
74. Chassany O, Marquis P, Scherrer B, Read NW, Finger T, Bergmann JF et al. Validation of a specific quality of life questionnaire for functional digestive disorders. *Gut* 1999; 44: 527-53.
75. Wong E, Guyatt GH, Cook DJ, Griffith LE, Irvine EJ. Development of a questionnaire to measure quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Surg Suppl* 1998; 583: 50-6.

76. Poitras MR, Verrier P, So C, Paquet S, Bouin M, Poitras P. Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders: development of a new measures for symptom severity and quality of life. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 1297-307.
77. Locke GR 3rd, Zinsmeister AR, Talley NJ, Fett SL, Melton LJ 3rd. Familial association in adults with functional gastrointestinal disorders. *Mayo Clin Proc* 2000; 75: 907-12.
78. Morris-Yates A, Talley NJ, Boyce PM, Nandurkar S, Andrews G. Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1311-7.
79. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology* 2001; 121: 799-804.
80. Kalantar JS, Locke GR 3rd, Talley NJ, Zinsmeister AR, Fett SL, Melton LJ 3rd. Is irritable bowel syndrome more likely to be persistent in those with relatives who suffer from gastrointestinal symptoms? A population-based study at three time points. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 1389-97.
81. Gonsalkorale WM, Perrey C, Pravica V, Whorwell PJ, Hutchinson IV. Interleukin 10 genotypes in irritable bowel syndrome: evidence for an inflammatory component? *Gut* 2003; 52: 91-3.
82. Camilleri M, Atanasova E, Carlson PJ, Ahmad U, Kim HJ, Viramontes BE et al. Serotonin-transporter polymorphism pharmacogenetics in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 425-32.
83. American Gastroenterological Association Patient Care Committee. Irritable bowel syndrome: a technical review for practice guideline development. *Gastroenterology* 1997; 112: 2120-37.
84. Zárte N, Mearin F. Síndrome del intestino irritable: alteraciones motoras y correlación clínica. *Med Clin Monogr (Barc)* 2003; 4: 19-23.
85. Collins SM, Barbara G. East meets West: infection, nerves, and mast cells in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2004; 53 (8): 1068-9.
86. Serra J, Azpiroz F, Malagelada JR. Impaired transit and tolerance of intestinal gas in the irritable bowel syndrome. *Gut* 2001; 48: 14-9.
87. Serra J, Salvioli B, Azpiroz F, Malagelada JR. Lipid-induced intestinal gas retention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 700-6.
88. Rey E, Díaz-Rubio M. Alteraciones de la sensibilidad visceral en el síndrome del intestino irritable. *Med Clin Monogr (Barc)* 2003; 4: 24-6.
89. Trimble KC, Farouk R, Pryde A, Douglas S, Heading RC. Heightened visceral sensation in functional gastrointestinal disease is not site-specific. Evidence for a generalized disorder of gut sensitivity. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 1607-13.
90. Verne GN, Robinson ME, Price DD. Hypersensitivity to visceral and cutaneous pain in the irritable bowel syndrome. *Pain* 2001; 93: 7-14.
91. Spiller RC. Postinfectious irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 1662-71.
92. Rodriguez LA, Ruigomez A. Increased risk of irritable bowel syndrome after bacterial gastroenteritis: cohort study. *BMJ* 1999; 318: 565-6.
93. Gwee KA, Leong YL, Graham C, McKendrick MW, Collins SM, Walters SJ, et al. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut* 1999; 44: 400-6.
94. Dunlop SP, Jenkins D, Neal KR, Spiller RC. Relative importance of enterochromaffin cell hyperplasia, anxiety, and depression in postinfectious IBS. *Gastroenterology* 2003; 125: 1651-9.

95. 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.
96. Neal KR, Barker L, Spiller RC. Prognosis in post-infective irritable bowel syndrome: a six year follow up study. *Gut* 2002; 51: 410-3.
97. Barbara G, De Giorgio R, Stanghellini V, Cremon C, Salvioli B, Corinaldesi R. New pathophysiological mechanisms in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20 Suppl 2: 1-9.
98. Chadwick VS, Chen W, Shu D, Paulus B, Bethwaite P, Tie A et al. Activation of the mucosal immune system in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 122: 1778-83.
99. Barbara G, De Giorgio R, Stanghellini V, Cremon C, Corinaldesi R. A role for inflammation in irritable bowel syndrome? *Gut* 2002; 51: 410-3.
100. Barbara G, Stanghellini V, De Giorgio R, Cremon C, Cottrell GS, Santini D et al. Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2004; 126: 693-702.
101. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113: 828-33.
102. Talley NJ, Helgesen S, Zinsmeister AR. Are sexual and physical abuse linked to functional gastrointestinal disorders? *Gastroenterology* 1992; 102: 52.
103. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR. Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: association with irritable bowel-type symptoms. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 366-71.
104. Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 3503-6.
105. Di Stefano M, Strocchi A, Malservisi S, Veneto G, Ferrieri A, Corazza GR. Non-absorbable antibiotics for managing intestinal gas production and gas-related symptoms. *Aliment Pharmacol Ther* 2000; 14: 1001-8.
106. Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. Normalization of lactulose breath testing correlates with symptom improvement in irritable bowel syndrome. a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 412-9.
107. Heitkemper MM, Cain KC, Jarrett ME, Burr RL, Hertig V, Bond EF. Symptoms across the menstrual cycle in women with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 420-30.
108. Houghton LA, Lea R, Jackson N, Whorwell PJ. The menstrual cycle affects rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome but not healthy volunteers. *Gut* 2002; 50: 471-4.
109. Maxwell PR, Rink E, Kumar D, Mendall MA. Antibiotics increase functional abdominal symptoms. *Am J Gastroenterology* 2002; 97 (1): 104-108.
110. Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut* 1990; 31: 77-81.
111. Thompson WG. Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome compared with peptic ulcer and inflammatory bowel disease. *Gut* 1984; 25: 1089-92.
112. Poynard T, Naveau S, Benoit M, et al. French experience of Manning's criteria in irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1992; 4: 747-52.
113. Smith RC, Greenbaum DS, Vancouver JB, Henry RC, Reinhart MA, Greenbaum RB et al. Gender differences in Manning criteria in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1991; 100: 591-5.

114. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, DaCosta LR, Groll AG, Simon JB et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 2912-7.
115. Saito YA, Locke GR, Talley NJ, Zinsmeister AR, Fett SL, Melton LJ 3rd. A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 2816-24.
116. Mearin F, Roset M, Badia X, Balboa A, Baro E, Ponce J et al. Splitting irritable bowel syndrome: from original Rome to Rome II criteria. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 122-30.
117. Drossman DA, Camilleri M, Mayer E, Whitehead WE. American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108-31.
118. Cash BD, Chey WD. Irritable bowel syndrome - an evidence-based approach to diagnosis. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1235-45.
119. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP, Northcutt AR, Heath AT, Kopke GF et al. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1279-82.
120. Helfand M, Redfern CC. Clinical guideline, part 2. Screening for thyroid disease: an update. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1998; 129: 144-58.
121. Riestra S, Fernandez E, Rodrigo L, Garcia S, Ocio G. Prevalence of Coeliac disease in the general population of northern Spain. Strategies of serologic screening. *Scand J Gastroenterol* 2000; 35: 398-402.
122. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, Pearce A, Ward AM, McAlindon ME et al. Association of adult coeliac disease with irritable bowel syndrome: a case-control study in patients fulfilling ROME II criteria referred to secondary care. *Lancet* 2001; 358: 1504-8.
123. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti RB, Drago S et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med* 2003; 163: 286-92.
124. Mein SM, Ladabaum U. Serological testing for coeliac disease in patients with symptoms of irritable bowel syndrome: a cost-effectiveness analysis. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 1199-210.
125. Spiegel BM, DeRosa VP, Gralnek IM, Wang V, Dulai GS. Testing for celiac sprue in irritable bowel syndrome with predominant diarrhea: a cost-effectiveness analysis. *Gastroenterology* 2004; 126: 1721-32.
126. Tolliver BA, Herrera JL, DiPalma JA. Evaluation of patients who meet clinical criteria for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 176-8.
127. Lanng C, Mortensen D, Friis M, Wallin L, Kay L, Boesby S et al. Gastrointestinal dysfunction in a community sample of subjects with symptoms of irritable bowel syndrome. *Digestion* 2003; 67: 14-9.
128. MacIntosh DG, Thompson WG, Patel DG, Barr R, Guindi M. Is rectal biopsy necessary in irritable bowel syndrome? *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 1407-9.
129. Fernandez-Bañares F, Salas A, Forne M, Esteve M, Espinos J, Viver JM. Incidence of collagenous and lymphocytic colitis: a 5-year population-based study. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 418-23.
130. Leis R, Tojo R, Pavon P, Douwes A. Prevalence of lactose malabsorption in Galicia. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 25: 296-300.
131. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107-12.

132. Jackson JL, Kroenke K. The effect of unmet expectations among adults presenting with physical symptoms. *Ann Intern Med* 2001; 134: 889-97.
133. Drossman DA. Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 12 (Suppl 2): 3-14.
134. Ilnyckyj A, Graff LA, Blanchard JF, Bernstein CN. Therapeutic value of a gastroenterology consultation in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 871-80.
135. Jones J, Boorman J, Cann P, Forbes A, Gomborone J, Heaton K et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut*. 2000; 47 (2): 1-19.
136. Paterson WG, Thompson WG, Vanner SJ, Faloon TR, Rosser WW, Birtwhistle RW et al. Canadian Medical Association. Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice. *CMAJ* 1999; 161 (2): 154-60.
137. Burden S. Dietary treatment of irritable bowel syndrome: current evidence and guidelines for future practice. *J Hum Nutr Diet* 2001; 14: 231-41.
138. Niec AM, Frankum B, Talley NJ. Are adverse food reactions linked to irritable bowel syndrome? *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 2184-90.
139. Atkinson W, Sheldon TA, Shaath N, Whorwell PJ. Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Gut* 2004; 53: 1459-64.
140. Bijkerk CJ, Muris JWM, Knottnerus JA, Hoes AW, De Wit NJ. Systematic Review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19 (3): 245-251.
141. Brandt LJ, Bjorkman D, Fennerty MB, Locke GR, Olden K, Peterson W et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. *Am J Gastroenterol* 2002; 97 (11): S7-26.
142. Cann PA, Read NW, Holdsworth CD. What is the benefit of coarse wheat bran in patients with irritable bowel syndrome? *Gut* 1984; 25: 168-763.
143. Kumar A, Kumar N, Vij JC. Optimum dosage of ispaghula husk in patients with irritable bowel syndrome: correlation of symptom relief with whole gut transit time and stool weight. *Gut* 1987; 28: 150-5.
144. Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Amato MG, O'Keefe ME, Ramirez G. The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review. *J Gen Intern Med* 1997; 12 (1): 15-24.
145. Talley NJ. Evaluation of drug treatment in irritable bowel syndrome. *J Clin Pharmacol* 2003; 56: 362-9.
146. Jaiwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2000; 133 (2): 136-47.
147. Ragnarsson G, Bodemar G. Treatment of irritable bowel syndrome with loperamide oxide. An open study to determine optimal dosage. *J Int Med* 2000; 248 (2): 165-6.
148. Fennerty BM. Traditional therapies for irritable bowel syndrome: an evidence-based appraisal. *Rev Gastroenterol Disord* 2003; 3 (Suppl 2): S18-24.
149. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2001; 15 (3): 355-61.
150. Quartero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 2. Art. No.: CD003460.pub2. DOI: 10.1002/14651858.

151. Mitchell SA, Mee AS, Smith GD, Palmer KR, Chapman RW. Alverine citrate fails to relieve the symptoms of irritable bowel syndrome: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16 (6): 1187-95.
152. Lu CL, Chen CY, Chang FY, Chang SS, Kang LJ, Lu RH et al. Effect of a calcium channel blocker and antispasmodic in diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15 (8): 925-30.
153. Farthing MJG. Irritable bowel syndrome: new pharmaceutical approaches to treatment. *Bailliere's Best Pract Res Clin Gastroenterol* 1999; 13: 461-71.
154. Evans BW, Clark WK, Moore DJ, Whorwell, PJ. Tegaserod for the treatment of irritable bowel syndrome. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD003960.pub2. DOI: 10.1002/14651858.
155. Nyhlin H, Bang C, Elsborg L, Silvennoinen J, Holme I, Ruegg P et al. A double-blind, placebo-controlled, randomized study to evaluate the efficacy, safety and tolerability of tegaserod in patients with irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterology* 2004; 39 (2): 119-26.
156. Brinker AD, Mackey AC, Prizont R. Tegaserod and ischaemic colitis. *N Engl J Med* 2004; 351 (13): 1361-2.
157. Joelsson BE, Shetzline MA, Cunningham S. Tegaserod and ischaemic colitis. *N Engl J Med* 2004; 351 (13): 1363.
158. Cremonini F, Delgado-Aros S, Camilleri M. Efficacy of alosetron in irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Neurogastroenterol Motil* 2003; 15: 79-86.
159. Chey WD, Chey WY, Heath AT, Dukes GE, Carter EG, Northcutt A et al. Long-term safety and efficacy of alosetron in women with severe diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2004; 99: 2195-203.
160. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K et al. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108: 65-72.
161. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipram versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125 (1): 19-31.
162. Kuiken SD, Tytgat GN, Boeckxstaens GE. The selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine does not change rectal sensitivity and symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003; 1 (3): 219-28.
163. Tabas G, Beaves M, Wang J, Friday P, Mardini H, Arnold G. Paroxetine to treat irritable bowel syndrome not responding to high-fiber diet: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterology* 2004; 99 (5): 914-20.
164. Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2003; 142 (2): 303-17.
165. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Cisaprida: suspensión de comercialización. Noviembre 2004. Ref 2004/13. Disponible en : <http://www.agemed.es/Index.htm>
166. Raine R, Haines A, Sensky T, Hutchings A, Larkin K, Black N. Systematic review of mental health interventions for patients with common somatic symptoms: can research evidence from secondary care be extrapolated to primary care? *BMJ* 2002; 325: 1082-93.
167. Talley NJ, Owen BK, Boyce P, Paterson K. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled treatment trials. *American Journal of Gastroenterology* 1996; 91 (2): 277-86.

168. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Mind-body interventions for gastrointestinal conditions. Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/mindsum.htm>
169. Gerson CD, Gerson MJ. A collaborative health care model for the treatment of irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2003; 1: 446-52.
170. Heitkemper MM, Jarret ME, Levy RL, Cain KC, Burr RL, Feld A et al. Self-management for women with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 585-96.
171. Pittler MH, Ernst E. Peppermint oil for irritable bowel syndrome: a critical review and metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 1998; 93 (7): 1131-5.
172. Bensoussan A, Talley NJ, Hing M, Menzies R, Guo A, Ngu M. Treatment of irritable bowel syndrome with chinese herbal medicine: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998; 280: 1585-9.
173. Yadav SK, Jain AK, Tripathi SN, Gupta JP. Irritable bowel syndrome: therapeutic evaluation of indigenous drugs. *Indian J Med Res* 1989; 90: 496-503.
174. Saller R, Pfister-Hotz G, Iten F, Melzer J, Reichling J. Iberogast: a modern phytotherapeutic combined herbal drug for the treatment of functional disorders of the gastrointestinal tract (dyspepsia, irritable bowel syndrome)-from phytomedicine to "evidence based phytotherapy." A systematic review. *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2002; 9 (1): 1-20.
175. Sallon S, Ben-Arye E, Davidson R, Shapiro H, Ginsberg G, Iigumsky M. A novel treatment for constipation-predominant irritable bowel syndrome using Padma Lax, a Tibetan herbal formula. *Digestion* 2002; 65 (3): 161-71.
176. Spanier JA, Howden CW, Jones MP. A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163 (3): 265-274.
177. Hunter JO, Tuffnell Q, Lee AJ. Controlled trial of oligofructose in the management of irritable bowel syndrome. *J Nutr* 1999; 129 (Suppl 7): S1451-3.
178. Kim HJ, Camilleri M, McKinzie S, Lempke MB, Burton DD, Thomforde GM et al. A randomized controlled trial of a probiotic, VSL#3, on gut transit and symptoms in diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17 (7): 895-904.
179. Sen S, Mullan MM, Parker TJ, Woolner JT, Tarry SA, Hunter JO. Effect of *Lactobacillus plantarum* 299v on colonic fermentation and symptoms of irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 2002; 47 (11): 2615-20.
180. Olesen M, Gudmand-Hoyer E. Efficacy, safety and tolerability of fructooligosaccharides in the treatment of irritable bowel syndrome. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1570-5.
181. Niedzielin K, Kordecki H, Birkenfeld B. A controlled, double-blind, randomized study on the efficacy of *Lactobacillus plantarum* 299V in patients with irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13(10): 1143-7.
182. Gade J, Thorn P. Paraghurt for patients with irritable bowel syndrome. A controlled clinical investigation from general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1989; 7 (1): 23-6.
183. O'Mahony L, McCarthy J, Kelly P, Hurley G, Luo F, Chen K et al. *Lactobacillus* and *bifidobacterium* in irritable bowel syndrome: symptom responses and relationship to cytokine profiles. *Gastroenterology* 2005; 128: 541-51.
184. Fireman Z, Segal A, Kopelman Y, Sternberg A, Carasso R. Acupuncture treatment for irritable bowel syndrome. A double-blind controlled study. *Digestion* 2001; 64 (2): 100-3.
185. Taneja I, Deepak KK, Poojary G, Acharya IN, Pandey RM, Sharma MP. Yogic versus conventional treatment in diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: a randomized control study. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2004; 29 (1): 19-33.

186. Oden HS, Madar Z. A double-blind trial of celandin, aloe vera and psyllium laxative preparation in adult patients with constipation. *Digestion* 1991; 49 (2): 65-71.
187. Tovey P. A single-blind trial of reflexology for irritable bowel syndrome. *Br Gen Pract* 2002; 52 (474): 19-23.
188. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 4.
189. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65: 528-33.
190. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): II25-30.

CON EL PATROCINIO DE

