

# GUÍA

DE PRÁCTICA CLÍNICA

## SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE

MANEJO DEL PACIENTE CON SII

5



# 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 PATOGENÉTICOS

- 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 cumplen 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.

### ANTIIDIARRÉICOS

- 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.
- 

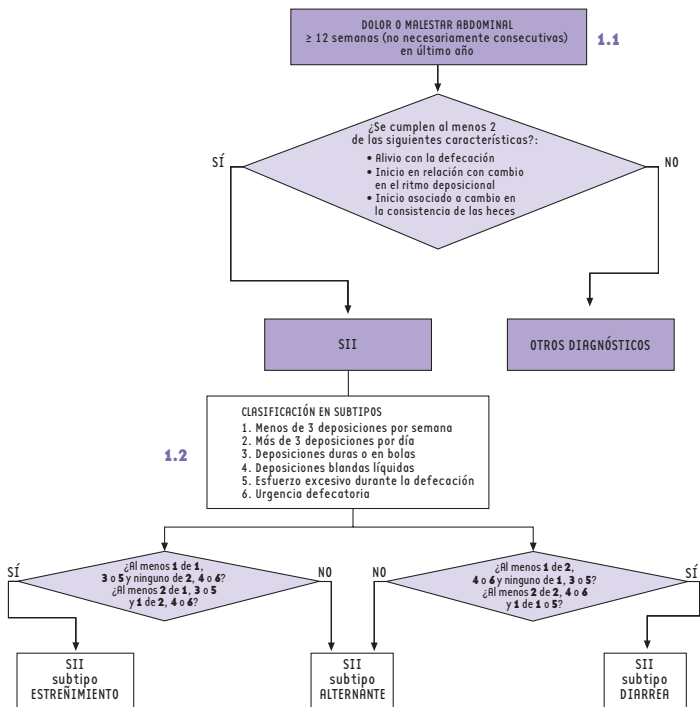
---

#### OTROS TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

---

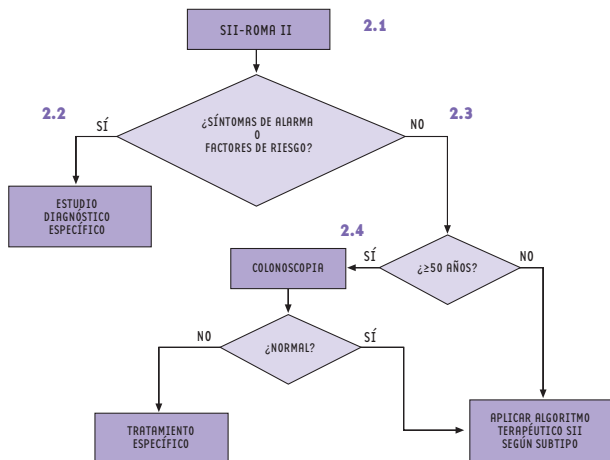
- B** Los probióticos podrían mejorar la sintomatología global del SII.
  - C** La acupuntura, el yoga, la reflexología podal y el aloe vera no se recomiendan en el tratamiento del SII.
-

## ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII)



- 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 síndrome del intestino irritable (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 2. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SII



### SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA

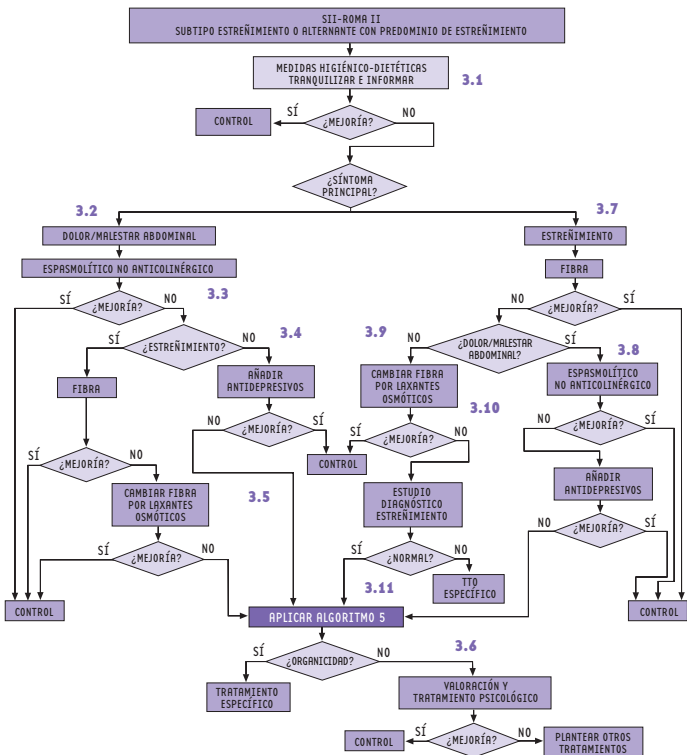
- Inicio de los síntomas en paciente de más de 50 años
- Alteraciones en la exploración física
- Presencia de síntomas nocturnos
- Fiebre
- Anemia
- Pérdida de peso no intencionada
- Presencia de sangre en heces
- Historia familiar de cáncer colorrectal
- Historia familiar de enfermedad inflamatoria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



- 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 Colorrectal<sup>1</sup>, 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.

<sup>1</sup>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.

### ALGORITMO 3. TRATAMIENTO DEL SII-ESTREÑIMIENTO



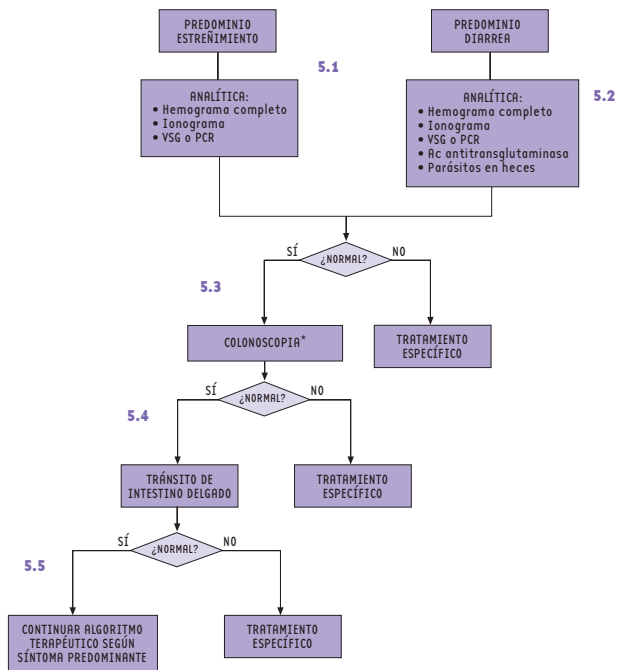
El tratamiento del SII, tal como se ha comentado en la guía, es básicamente sintomático. Desde un punto de vista terapéutico es importante valorar cuáles son los síntomas predominantes en cada caso. Así, el síntoma común a todos los pacientes con SII, que es el dolor o malestar abdominal, se puede acompañar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



- 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 antidepressivo 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 antidepressivos 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 5. DESCARTAR ORGANICIDAD EN PACIENTES QUE NO RESPONDEN AL TRATAMIENTO



\*si no realizada previamente

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 todas las exploraciones son normales, 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.

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

Esta guía de referencia rápida proporciona un resumen de las principales recomendaciones de la guía de práctica clínica del manejo del paciente con SII.

La guía de práctica clínica del manejo del paciente con SII (número 5 de la serie) forma parte del Programa de "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada", el cual fue establecido en el año 2000 con el objetivo de desarrollar guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica disponible.

Las recomendaciones se han graduado en A, B, C o D, a partir de la adaptación de la propuesta del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford. Cuando no se ha encontrado evidencia, las recomendaciones se han realizado por consenso del grupo de trabajo y se señalan con el símbolo ✓. En el texto completo de la guía de práctica clínica se proporcionan los niveles de evidencia en qué se basan estas recomendaciones.

La guía completa está disponible en formato libro y se puede consultar en formato electrónico en las webs de las diferentes sociedades científicas que participan en el proyecto:



Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC)  
(<http://www.semfy.com>)



Centro Cochrane Iberoamericano (CCI)  
(<http://www.cochrane.es>)



Asociación Española de Gastroenterología (AEG)  
(<http://www.aegastro.es>)

Con el patrocinio de

 **NOVARTIS**