

ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE SII



¿QUÉ ES EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (SII)?

Es un **trastorno funcional del intestino** que se caracteriza por **dolor o malestar abdominal y alteraciones en la defecación**, tanto en la frecuencia como en la consistencia de las deposiciones, **sin que exista patología orgánica responsable**. Se considera una patología **muy frecuente** entre la población general y **uno de los principales motivos de consulta en atención primaria**. La prevalencia varía entre el 3,3% y el 13,6%, según los criterios utilizados para su diagnóstico.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Existen unos criterios diagnósticos establecidos por consenso por un panel de expertos y que está en continua revisión. La **clasificación actual de los trastornos funcionales digestivos se denomina Roma III e incluye la del SII**.

Los criterios diagnósticos son:

Dolor o molestia abdominal recurrente durante **al menos 3 días al mes en los últimos 3 meses**, asociado a dos o más de los siguientes aspectos:

- a) Mejora con la **defecación**.
- b) Comienzo asociado con **cambio en la frecuencia de las deposiciones**.
- c) Comienzo asociado con **cambio en la consistencia de las deposiciones**.

Estos síntomas deben de estar **presentes al menos durante los 6 meses anteriores** al diagnóstico.

Este diagnóstico se hará después de haber realizado una **anamnesis** detallada incidiendo en los síntomas y su cronología, **teniendo especial cuidado con los síntomas y signos de alarma**, que, de estar presentes, obligarían a un estudio de la posible patología orgánica.

Autores:

Dr. Francisco Javier Casado Caballero
*Servicio Aparato Digestivo Clínico Universitario San Cecilio (Granada).
SAPD*

Dr. Francisco Guerrero García
C.S. Gran Capitán (Granada). SAMFYC

Dr. Juan Antonio Gil Campoy
C.S. Virgen del Mar (Almería). SEMERGEN

Dr. José María Lara Oterino
C.S. Pulianas (Granada). SEMG

Agradecimientos:

Dr. Javier de Teresa
Jefe de Servicio del Hospital Virgen de las Nieves
Colegio de Médicos de Granada por su colaboración, auspicio
e iniciativa por este documento.



¿CUÁNDO DESCARTARÍAMOS SU DIAGNÓSTICO? SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

No pensaremos en un SII si el paciente tiene:

- Anomalías en la exploración física.
- Fiebre.
- Anemia.
- Pérdida de peso inexplicada.
- Presencia de síntomas nocturnos.
- Rectorragias.
- Diarrea continua o líquida.
- Antecedentes familiares de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o celiaquía.
- Siempre que los síntomas se inicien a partir de los 50 años.

¿CÓMO SE CLASIFICA EL SII?

La clasificación **se realiza en función de los síntomas predominantes y la consistencia de las deposiciones**. Para ello se sigue la conocida escala de Bristol:

- SII con **predominio de diarrea**: predominan las deposiciones **sueltas o acuosas** (>25% Bristol 6-7).
- SII con predominio de **estreñimiento**. Predominan las **deposiciones duras** (>25% Bristol 1-2).
- SII **mixto. No predomina ningún tipo**, siendo duras y sueltas de forma alternante.
- SII **no tipificado**. Cuando no puede clasificarse en los tipos anteriores.

¿HAY QUE REALIZAR PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?

Si se cumplen los criterios de Roma III y no hay síntomas o signos de alarma, **no sería necesario realizar ninguna prueba diagnóstica además de la anamnesis y la exploración física**. No obstante, según la intensidad de los síntomas o la falta de respuesta a un tratamiento inicial de 6-8 semanas, **se aceptan las siguientes pruebas**:

1. **Hemograma, bioquímica básica, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva (PCR)**.
2. Si el paciente tiene diarrea, **anticuerpos antitransglutaminasa**.
3. **Colonoscopia**: se reserva para aquellos pacientes con síntomas de alarma o que no responden a tratamiento, así como en pacientes con comienzo de los síntomas por encima de los 50 años. Si predomina la diarrea, es aconsejable la toma de biopsias para el estudio de la colitis microscópica.

¿ES NECESARIO CUMPLIR Estrictamente los criterios de ROMA PARA diagnosticar un SII?

Si queremos indicar en la historia clínica el diagnóstico de síndrome del intestino irritable deben cumplirse los criterios diagnósticos, aunque **no es necesario ceñirse exclusivamente a Roma III**.

Para diagnosticar SII **basta con cumplir los criterios diagnósticos**: dolor/malestar abdominal acompañado de alteraciones en el hábito deposicional (en la consistencia y/o frecuencia), sin síntomas de alarma, siendo más flexibles en cuanto a la cronología de los síntomas y su frecuencia.

¿CÓMO SE TRATA EL SII?

El tratamiento se basa en varios aspectos:

1. **Relación médico-paciente:** como en toda patología funcional, **es muy importante ganarse la confianza del paciente**. Nunca se debe decir aquello de “usted no tiene nada” porque se perdería por completo. Se debe proporcionar toda la información que el paciente precise para conocer mejor su enfermedad. Esto requiere tiempo y es algo que a veces no tenemos o no dedicamos.
2. **Medidas generales:** recomendar **ejercicio**, dedicar tiempo para **ir al baño sin prisas, eliminar tabaco y tóxicos**, realizar **actividades que le mantengan relajado**.
3. **Dieta:** se debe de enfocar hacia una **alimentación equilibrada** sin excesos, evitando aquellos alimentos que le sienten mal, pero **sin excesivas restricciones dietéticas**. Se recomienda moderar el consumo de alcohol y cafeína.

A veces, con esto es suficiente para mejorar la sintomatología del SII y no es preciso recurrir a las medidas farmacológicas. Si tras 2-4 semanas no mejora pasaremos al punto siguiente.

4. Tratamiento farmacológico:

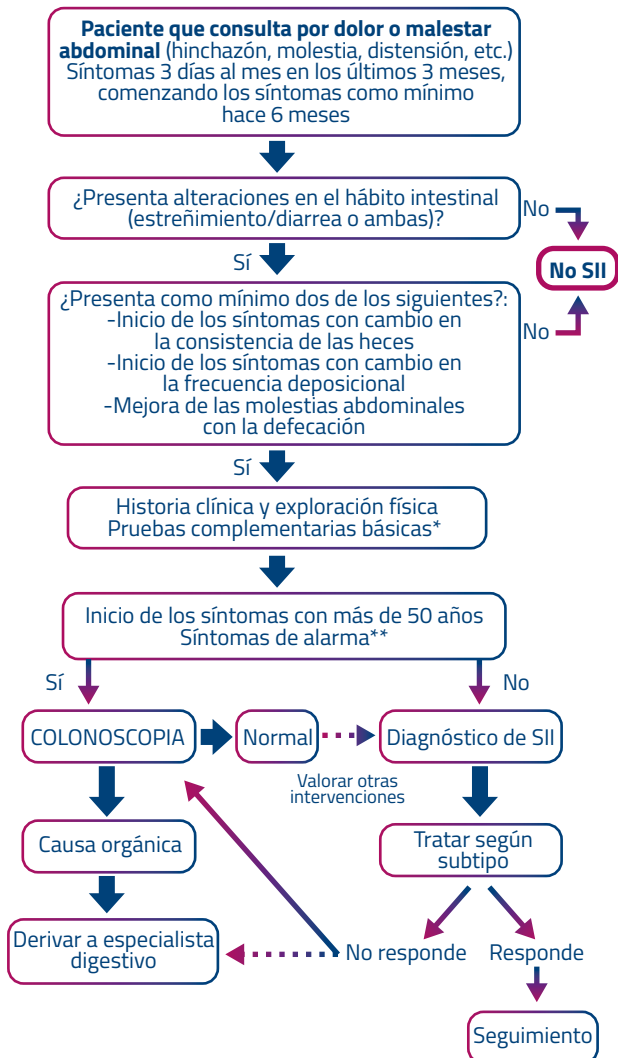
- a) **Fibra:** se recomienda aumentar la fibra en la dieta, tanto **para favorecer el tránsito como para absorber el exceso de agua** intestinal. **No hay que excederse** porque puede agravar los síntomas de hinchazón y flatulencia. Es preferible la **fibra soluble**.
- b) **Laxantes:** su **eficacia no está demostrada** en SII con predominio de estreñimiento. **Los osmóticos pueden incrementar la hinchazón** por acúmulo de gases, como la lactulosa. No son recomendables los catárticos.
- c) **Antidiarreicos:** el más utilizado es la **loperamida**, que es **eficaz en contener la diarrea**, aunque **no tiene efecto en el resto de los síntomas** del SII. También pueden utilizarse las resinas de intercambio aniónico como la **colestiramina**, que **mejora la sensación de urgencia defecatoria**.
- d) **Espasmolíticos:** indicados para **alivio del dolor**, aunque con distinta eficacia. **Pueden agravar el estreñimiento** por su acción anticolinérgica si se usan a dosis altas. Entre ellos se encuentran el bromuro de otilonio, la mebeverina o el bromuro de pinaverio.

- e) **Linaclotida:** agonista de los receptores de la guanilato ciclasa. Es el primer fármaco que **actúa sobre el estreñimiento y el dolor en el SII con predominio de estreñimiento** y que se ha demostrado eficaz frente a placebo. Una sola dosis por la mañana consigue el alivio de los síntomas con pocos efectos adversos.
- f) **Probióticos:** podrían ser de utilidad en SII con diarrea, aunque su eficacia no ha sido bien demostrada.
- g) **Antibióticos:** como la **rifaximina** alterarían la microflora colónica responsable de la fermentación de carbohidratos, **disminuyendo la flatulencia y la hinchazón**. Su uso no está bien definido.
- h) **Antidepresivos:** sobre todo los tricíclicos, como la amitriptilina a baja dosis, que **produce un efecto sobre el umbral de la sensibilidad visceral** disminuyendo el dolor. **Pueden producir estreñimiento** por sus efectos anticolinérgicos.
5. **Otras terapias:** como las terapias conductuales, psicoterapia, etc., **podrían ayudar a mejorar la percepción de la enfermedad** y modular los síntomas.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL SII Y EL ESTREÑIMIENTO CRÓNICO FUNCIONAL?

Ambos entran dentro de los trastornos funcionales del intestino (Roma III), compartiendo el mismo grupo C, por lo que también **comparten algunas características clínicas**. De hecho, se considera estreñimiento funcional aquel estreñimiento que no cumple completamente los criterios del SII-E. Por tanto, el **tratamiento es muy similar en ambos cuadros**.

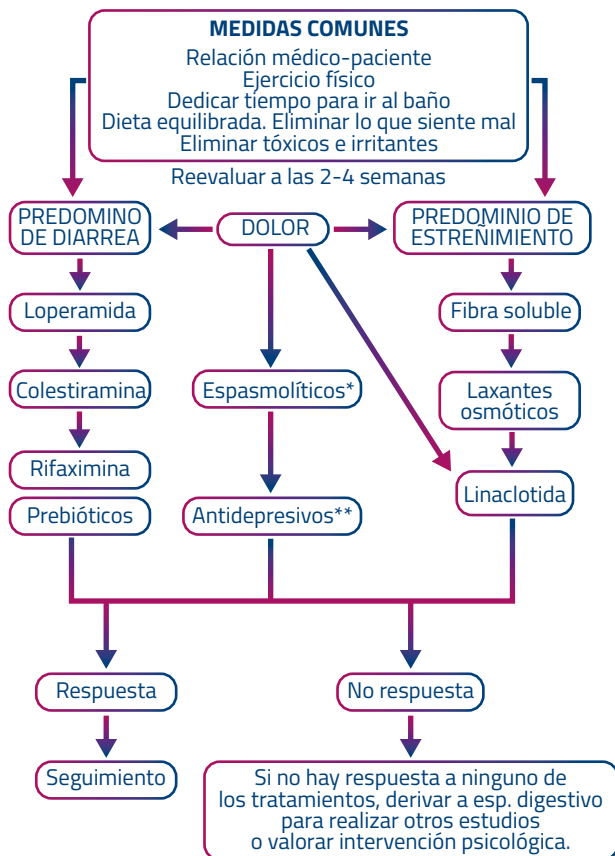
ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS DEL SII



***Pruebas complementarias básicas:** hemograma completo con VSG, PCR, anticuerpos antitransglutaminasa (si predominio de diarrea).

****Síntomas de alarma:** anomalías en la exploración física, fiebre, anemia, pérdida de peso no intencionada, presencia de síntomas nocturnos, rec-torragias, diarrea continua o líquida, antecedentes familiares de cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal o celiaquía. Siempre que los síntomas se inicien a partir de los 50 años.

TRATAMIENTO DEL SII SEGÚN SUBTIPO



*En caso de estreñimiento no utilizar espasmolíticos con efectos anticolinérgicos.

**En diarrea se puede usar amitriptilina a baja dosis. En estreñimiento los ISRS.



REFERENCIAS

NICE. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. 2015. guidance.nice.org.uk/cg61

Tort S, Balboa A, Marzo M *et al.* Guía de práctica clínica sobre el Síndrome del Intestino Irritable. *Gastroenterología y Hepatología*. 2006; 29(8): 467-521

Carballo F. Linaclotida en el tratamiento de pacientes con síndrome del intestino irritable con estreñimiento: análisis de una oportunidad. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2013; 105: 345-354

Chang L, Lembo A, Sultan S. American Gastroenterological Association Institute technical review on the pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2014; 147: 1149-1172

Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome. A clinical review. *JAMA*. 2015; 313: 949-948

Caballero-Plasencia AM, Sofos-Kontoyannis S, Valenzuela-Barranco, Martín-Ruiz JL, Casado-Caballero FJ, Guilarte-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

Con la colaboración de:



Soluciones pensando en ti