

# PRODIGA

## Síndrome de Intestino Irritable



# PRODIGA

**PRO**grama para la **DI**fusión de la  
**GA**stroenterología

## Síndrome de Intestino Irritable

Páginas WEB consultables relacionadas con Síndrome de Intestino Irritable.

- CDC en Español Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
- Asociación Española de Pediatría – AEP
- Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría
- Instituto de Medicina Tropical
- Sociedad Mexicana Pediatría socmexped.com

### *Autores*

Dr. Calixto Cifuentes,  
Dr. Raul Arocha,  
Dr. Hans Rommer,  
Dra. Elena Pestana,  
Dr. José Manuel Piña,  
Dra. Ileana Gonzales,  
Dra. Gabriela Sosa,  
Dr. Miguel Garasini,  
Dr. Roberto León,  
Dra. Maribel Lizarzabal,  
Dr. Raul Monserrat,  
Dr. Alfredo Suarez,  
Dra. Maria Nery Mazzara,  
Dra. Gloria Urquiola,  
Dr. José Ramón Poleo,  
Dra. Gisela Romero,  
Dra. Maritza Serizawa,  
Dra. Margarita Vasquez,  
Dra. Frella Villasmil

### *Patrocinantes*

Laboratorios Galeno-La Santé  
Laboratorios Dollder  
Laboratorios Astra-Zeneca  
Laboratorios Vivax  
Laboratorios Elmor

### *Aclaratorias*

Esta carpeta fue elaborada independientemente de cualquier influencia o control de parte de las Empresas Patrocinantes del Programa

La Sociedad Venezolana de Gastroenterología no se hace responsable del uso distinto o inapropiado del Programa que derive en injuria o daños a personas o propiedades.

Debido al rápido avance de la ciencia médica, la Sociedad recomienda realizar la actualización de los métodos diagnósticos o terapéuticos recomendados de considerarlo conveniente a criterio del expositor.

# Síndrome de Intestino Irritable

## Resumen

### Introducción

Es un Síndrome Gastrointestinal caracterizado por dolor abdominal Crónico y cambios en el hábito Intestinal sin causa orgánica

Prevalencia Mundial entre el 10-20%, pero solo el 15% de ellos busca ayuda médica. Predomina en pacientes jóvenes y mujeres

### Clinica

- Dolor Abdominal Crónico más frecuente en FI y FII pero puede ser de localización variable, se exacerba con la ingesta de algunos alimentos y el Stress y alivia al evacuar

- Hábito Intestinal alterado

- Diarrea durante las horas de vigilia, con frecuencia en las mañanas, después de las comidas, con urgencia de las evacuaciones, sensación de evacuación incompleta y presencia de moco en la mitad de las veces.
- Estreñimiento con heces duras en escíbalos pudiendo alternarse con diarrea o con evacuaciones normales.

### Diagnóstico

No existen pruebas específicas para su diagnóstico

Se deben estudiar con Estudios Endoscópicos (Colonoscopia) y de laboratorio, los pacientes con síntomas de Alarma como son:

- Hematoquetzia,
- Pérdida de peso inexplicada,
- Historia Familiar de Cáncer de Colon,
- Anemia,
- Diarrea Crónica Severa,
- Tumoración abdominal palpable
- En mayores de 45 años

Las herramientas diagnósticas mas objetivas han sido los Criterios de Roma II y desde el año pasado, los Criterios de Roma III

### Criterios de Roma II para el Dx de SII

- 12 semanas de los últimos 12 meses, no necesariamente consecutivas con dolor o malestar abdominal que se acompaña de al menos 2 de los siguientes síntomas:

- Alivio con la defecación
- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones
- Inicio asociado con un cambio en la consistencia de las heces

- Síntomas que apoyan el diagnóstico:

- Frecuencia anormal de las evacuaciones (>3 por día o < 3 por semana)
- Heces duras en escíbalos o blandas y líquidas
- Pujo excesivo
- Expulsión de moco
- Distensión o Sensación de distensión abdominal no visible

### Criterios de Roma III para el Dx de SII

- 3 días al mes durante 3 meses no necesariamente consecutivos en los últimos 6 meses, con dolor o malestar abdominal que se acompaña de al menos 2 de los siguientes síntomas:

- Alivio con la defecación
- Inicio asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones y/o cambio en la consistencia de las heces

- Ausencia de Patología Orgánica
- Síntomas que apoyan el diagnóstico:
- Frecuencia anormal de las evacuaciones (>3 por día o < 3 por semana)
- Heces duras en escóbalos o blandas y líquidas
- Esfuerzo al evacuar (pujo)
- Urgencia al evacuar
- Sensación de evacuación incompleta

El abordaje del paciente con SII es esencialmente clínico. El tratamiento está basado en el síntoma predominante de cada enfermo, sea dolor, diarrea o constipación y en su gravedad, además de la evaluación de sus alteraciones psicosociales.

Algunos estudios sugieren que establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente se asocia con una disminución del número de visitas, una mayor satisfacción del paciente e incluso una reducción de su sintomatología.

Hay que modificar los hábitos alimentarios y las situaciones estresantes que desencadenen los síntomas identificados por el propio paciente. Éste debe tener una participación activa en el conocimiento y control de su enfermedad.

Realizar comidas no copiosas, pobres en grasas y ricas en proteínas puede mejorar el dolor abdominal y la urgencia defecatoria; evitar alimentos flatulentos mejora la distensión abdominal y el consumo de abundante fibra dietética (como frutas, verduras y salvado de trigo, entre otros) y agua (1-2 litros diarios) es útil para combatir el estreñimiento. El ejercicio físico regular también mejora el dolor abdominal y el estreñimiento.

En ocasiones, pueden utilizarse tratamientos psicológicos, que ayudan al paciente a controlar las situaciones "desencadenantes" de los síntomas. Se han evaluado diversas intervenciones psicológicas en los síntomas somáticos del SII, tales como la terapia cognitiva-conductual, la terapia conductual y la terapia psicodinámica breve, demostrando una mejoría significativa en la sintomatología y en la capacidad de los pacientes de afrontar su enfermedad. No obstante, algunos de estos estudios son de baja calidad metodológica y no permiten obtener resultados concluyentes. Por su parte, la hipnosis es capaz de modificar el umbral perceptivo visceral y conseguir una mejoría clínica a corto y largo plazo.

El empleo de medicamentos es, por lo tanto, dirigido al tratamiento del síntoma predominante en cada caso, tomándose en cuenta la intensidad y frecuencia de los síntomas.

Los medicamentos utilizados con más frecuencia en el tratamiento del dolor en el SII son los antiespasmódicos específicos entero cólicos. La justificación de su uso se basa en la supresión de la respuesta contráctil a las actividades estimuladoras, como tensión o comidas. La ventaja de estas drogas es que pueden ser usadas tanto en los casos asociados a diarrea, como en constipación en ambos sexos y sin límite de tiempo. Entre ellos tenemos:

#### Antimuscarínicos no específicos:

Realizan un bloqueo competitivo de los receptores muscarínicos impidiendo la acción de la acetil colina sobre el músculo liso y las secreciones exocrinas. Efecto: reducción del tono muscular, amplitud y frecuencia de las contracciones. Ejemplos: Atropina, Hiosina, Propinox.

#### Antimuscarínicos específicos:

Se absorben mal en la mucosa de esta forma actúan sobre el músculo liso y tienen menos efectos adversos: Bromuro de Cimetropio, Pinaverio, Octilonio.

Bloqueadores de los Canales de Calcio: Bromuro de Pinaverio (doble mecanismo) reduce la motilidad postprandial e incrementa el tránsito sin alterar las deposiciones.

Opiáceos: Trimebutina: Modula la actividad colinérgica y adrenergica actúa directamente en el músculo liso intestinal, previene los cambios motores postprandiales y por estrés, reduce la actividad colónica y acelera el T. de tránsito intestinal.

Antiespasmódico sin acción anticolinérgica: Mebeveridina bloquea los canales de sodio que permiten la entrada de calcio (contracción) y secundariamente la salida de potasio lo que evita la hipotonía.

Los antidepresivos: Regulan la disfunción sensitivo motora del intestino, con lo que disminuyen la percepción central de dolor y permiten el tratamiento de trastornos psicológicos asociados. Se utilizan a bajas dosis si predomina el dolor. Los más utilizados son: Amitriptilina (10-50mg): es el más usado a dosis de inicio de 25 mg./día por la noche. Imipramina (10-50mg).

#### Inhibidores de la recaptación de serotonina:

se utilizan cuando predominan los síntomas de stress, pánico, fobias, etc. Ejemplo: Fluoxetina (10-20 mg) es el más usado a dosis de 20 mg/día con el desayuno, Sertralina (25-100 mg), Paroxetina (20-40 mg), Citalopran (20-40 mg).

En los casos de SII donde predomina la diarrea los fármacos más utilizados son:

Loperamida: opiáceo sintético que actúa sobre el músculo liso disminuyendo el tránsito intestinal, aumenta la absorción de agua e iones y aumenta el tono del esfínter anal.

Es la primera elección cuando predomina la diarrea.

Difenoxilato: Contiene atropina solo se usa en los que no toleran Loperamida.

Colestiramina: solo se usa en los pacientes que presentan mal absorción de sales biliares o están colecistectomizados y cursan con diarrea.

Antagonistas de los receptores de serotonina 5HT<sub>3</sub>: disminuyen el dolor y reducen la diarrea en pacientes mujeres afectadas de SII con diarrea predominante: Ejemplos: Alosetron, Cilansetron, Granisetron, Azase

tron, Ramosetron, Ondasetron. Algunos de ellos en etapa de ensayos Clínicos controlados.

Alosetron: Se ha demostrado que Alosetron ( $\geq 2$  mg/día durante 12 semanas) mejora significativamente los síntomas en mujeres con diarrea. Sin embargo, Alosetron se asocia a efectos adversos graves aunque muy poco frecuentes como constipación y colitis isquémica, por lo que en varios países su uso es restringido. Alosetron se encuentra aprobado por la FDA solamente para mujeres con SII con predominio de diarrea severo, que tengan: síntomas crónicos de SII (generalmente más de 6 meses), se hayan excluido anomalías bioquímicas o anatómicas gastrointestinales que no respondan adecuadamente a la terapia convencional.

En los casos de SII con predominio de estreñimiento:

Laxantes: A pesar de que los laxantes estimulantes han demostrado su eficacia en el tratamiento del estreñimiento, no se dispone de ensayos clínicos aleatorizados que evalúen su eficacia en el SII (con estreñimiento). En estos pacientes sólo están indicados dos grupos concretos de laxantes, que son: a) agentes formadores de masa fecal, y b) laxantes osmóticos de acción lenta. Las principales sustancias del primer grupo son la metilcelulosa, cutículas y el mucílago de *Plantago ovata* (ispaghula husk) y preparados de Psyllium. Se administra por vía oral a dosis de 2-6 cucharaditas de granulado distribuidas a lo largo del día. El segundo grupo incluye la lactulosa, que es un disacárido de galactosa y fructosa, y el lactitol, que es un disacárido de galactosa y sorbitol. Estos productos no se absorben y alcanzan el colon donde son metabolizados por las bacterias, originando ácidos grasos de cadena corta, CO<sub>2</sub> e hidrógeno. La acumulación de estos productos no sólo reduce el pH luminal, lo que estimula la contractilidad de la pared intestinal, sino que también ejerce una acción osmótica lenta que aparece varios días después de su administración. La dosis laxante de lactulosa es de 10-20 g/día (15-30 ml), y del lactitol 35 g en 250 ml de agua. En algunos pacientes pueden producir flatulencia y provocar dolores cólicos de modo que es preferible empezar con dosis bajas y aumentar la dosis muy progresivamente.

Tegaserod: es una indol - aminoguanidina que tiene gran afinidad por los receptores de la 5HT<sub>4</sub>, no por los de la 5HT<sub>3</sub>, ni por los receptores de la dopamina. Es un agonista parcial de los receptores de la 5HT<sub>4</sub> que acorta el tiempo de tránsito intestinal, aumenta la frecuencia de las deposiciones, disminuye la consistencia de las heces. Libera neurotransmisores al sistema nervioso entérico coordinadamente. Estimula y mejora la actividad motora basal, normaliza la actividad motora alterada. Estimula la secreción de cloro y agua al colon y modula la sensibilidad visceral.

Cuatro estudios de alta calidad, aleatorizados, controlados, han encontrado que el tegaserod 6 mg dos veces por día mejora la evaluación global e individual de síntomas del SII incluyendo al dolor abdominal, la frecuencia de las heces y la distensión, en mujeres con el SII y constipación. La eficacia de esta droga no ha sido bien establecida en varones. Los efectos secundarios más frecuentes incluyen diarrea (8%) y cefalea (15%). Tegaserod se encontraba aprobado por la US Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento a corto plazo de mujeres con SII con predominio de constipación y para la constipación crónica idiopática en pacientes menores de 65 años hasta Abril de 2007 cuando fue retirado del mercado por presentar riesgos cardiovasculares agudos.

#### Tratamientos alternativos

Hasta una tercera parte de los pacientes buscan terapias alternativas o complementarias. Aunque ninguna ha demostrado su eficacia, en general son inofensivas y tienen éxito porque explotan el efecto placebo.

Las hierbas medicinales chinas también se han utilizado en el tratamiento del SII. Así, en un ensayo clínico aleatorizado en 116 pacientes se demostró una mejoría en el 44 % de los pacientes versus el 22 % del grupo placebo.

No se ha demostrado la utilidad de la acupuntura, mientras que el yoga parece mejorar la sintomatología autonómica, la respuesta sintomática en pacientes con SII y diarrea es semejante a la obtenida con loperamida.

Prebióticos: Algunos trabajos demuestran la eficacia de la terapia con prebióticos. Los resultados muestran que, a las cuatro semanas de tratamiento, la mejoría clínica de los pacientes tratados con el probiótico fue significativamente superior al placebo, sin que se observaran efectos secundarios. Algunas de las hipótesis sobre la causa de la enfermedad (como el inicio post infeccioso en una proporción de casos) y de las alteraciones que pueden presentar estos pacientes (trastornos en la fermentación de los residuos dietéticos) hacen razonable la terapia con probióticos y los resultados de este estudio la confirman.

Antibióticos: Un trabajo publicado en la última edición de "Annals of Internal Medicine" señala que el tratamiento con el antibiótico rifaximina durante 10 días puede mejorar los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII) hasta 10 semanas. El citado antibiótico, comercializado como Xifaxan, está aprobado por la FDA desde 2004 para el tratamiento de la diarrea del viajero causada por *Escherichia coli*.

## CONCLUSIONES

- 1) Hasta el presente no se ha encontrado la causa y el tratamiento específico del SII. Sin embargo se ha avanzado significativamente en la comprensión de la multisistémica y compleja naturaleza de este trastorno y en la búsqueda de soluciones.
- 2) Nuevos fármacos se van mostrando como promisorios para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de SII.
- 3) El médico debe individualizar y personalizar el manejo de los pacientes afectados de SII, teniendo en cuenta que el principio de todo es una buena relación médico-paciente.
- 4) Profundas investigaciones , se desarrollarán seguramente en los próximos años impulsadas por la enorme magnitud bio-psico-social y económica







# NOTAS:

---



---



---



---



---



---



---

Síntomas de dismotilidad son el resultado de una alteración en la coordinación de los músculos y nervios en el tracto GI, conduciendo a un movimiento desorganizado o disminuido. Este retardo o desorganización se acompaña por lo general de un aumento de la sensibilidad visceral. La dismotilidad puede ocurrir en cualquier segmento del tracto GI desde el esófago hasta el ano

Muchos de estos desordenes comparten síntomas comunes, tales como distensión, flatulencia, eructos, regurgitaciones, constipación, molestia abdominal y pirosis. El diagnóstico puede desplazarse de un desorden a otro con el tiempo. Se ha planteado la hipótesis de que puede existir un mecanismo fisiopatológico común asociado a los desórdenes de la motilidad gastrointestinal.

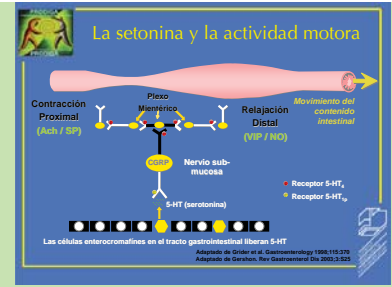
Serotonina (5-HT) es un neurotransmisor primario implicado en la regulación de la actividad del intestino.

Información adicional:

La mayor parte de la serotonina del cuerpo -95%- se encuentra en el tracto GI.

Las células Enterochromafines (EC) producen y secretan serotonina.

Cuando el bolo fecal se mueve a través del lumen del tracto GI, la distensión de la pared causa la liberación de serotonina desde las células enterochromafines, lo cual estimula los receptores 5-HT<sub>1</sub> en la mucosa y conduce a la cascada de liberación de neurotransmisores adicionales tales como CGRP, ACh, y VIP, resultando en la contracción proximal y relajación distal, así como a fenómenos secretorios. La serotonina actúa sobre receptores pre sinápticos en las IPANs (Neuronas aferentes intrínsecas primarias) e interneuronas en la pared intestinal para aumentar estos efectos. El SERT o transportador de recaptación de serotonina, es una proteína transportadora que media la recaptación de serotonina hacia la célula epitelial para inactivarla en el lumen del tracto GI.



**El EC y el SII-E Trastornos de la Motilidad del Tracto Gastrointestinal (GI) Inferior**

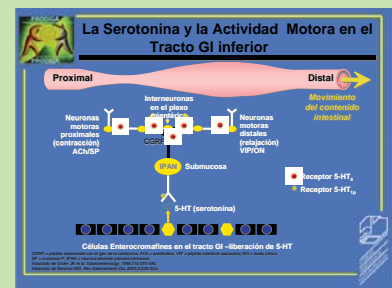
Los síntomas de dismotilidad son el resultado de un deterioro en la coordinación nerviosa y muscular del tracto GI que produce una disminución o una desorganización de los movimientos intestinales. Los cambios en la sensibilidad o en la percepción visceral se asocian a menudo con los trastornos de la motilidad.

Research G et al. Dig Dis Sci 1996;41:1999-2003. Pimental P et al. World J Gastroenterol 2003;9:2283-2289. Zelnick J. (requiere registro). Propósito: Información para presentar 2004. Novartis.

**Existe una Superposición Significativa entre los Trastornos de la Motilidad GI**

- El 20% de los pacientes con ERGE presentan EC
- Los diagnósticos pueden variar de un trastorno a otro a lo largo del tiempo\*
- Mecanismos fisiopatológicos posiblemente comunes††

\*Laine SF et al. Neurogastroenterol Motil 2004;16:15. †Schwartz D. Neurogastroenterol Motil 2004;16:6-12. ††Foley KL et al. Am J Gastroenterol 2002;97:241-249.



**Células enterochromafines**

- Se encuentran en el epitelio GI
- Cumplen función de transductor sensorial
- Producen y almacenan grandes cantidades de serotonina
- Responden a los estímulos lumbales secretando serotonina, lo cual activa el reflejo entérico y también estimula los nervios aferentes extrínsecos que conducen la información al cerebro



# NOTAS:

---

---

---

Algunos estudios sugieren que establecer una adecuada relación terapéutica con el paciente se asocia con una disminución del número de visitas, una mayor satisfacción del paciente e incluso una reducción de su sintomatología. Deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- \* Explicar exhaustivamente y con un lenguaje inteligible la enfermedad.
- \* Escuchar atentamente al paciente y determinar la comprensión de su patología y sus dudas (respondiendo a ellas).
- \* Establecer unos límites realistas y consistentes.
- \* Implicar al paciente en el tratamiento.

El abordaje del paciente con SII es esencialmente clínico. El tratamiento está basado en el síntoma predominante de cada enfermo, sea dolor, diarrea o constipación y en su gravedad, además de la evaluación de sus alteraciones psicosociales.

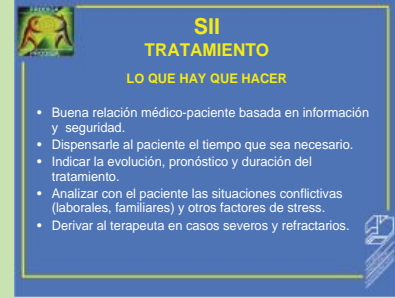
Los medicamentos utilizados con más frecuencia en el tratamiento del dolor en el SII son los antiespasmódicos específicos entero cólicos. La justificación de su uso se basa en la supresión de la respuesta contráctil a las actividades estimuladoras, como tensión o comidas. La ventaja de estas drogas es que pueden ser usadas tanto en los casos asociados a diarrea, como en constipación en ambos sexos y sin límite de tiempo. Entre ellos tenemos:

## Antiespasmódicos:

- Anticolinérgicos: bloquean los receptores colinérgicos inhibiendo la acción contráctil del intestino: Dicyclomina y Sulfato de hiosciamina.
- Meveberina: derivado de la papaverina
- Trimebutina: tiene afinidad por los receptores opiáceos.
- Bloqueantes de los canales de calcio: inhiben la contractilidad del músculo liso al inhibir el flujo de calcio al interior del músculo liso: Bromuro de Pinaverium.

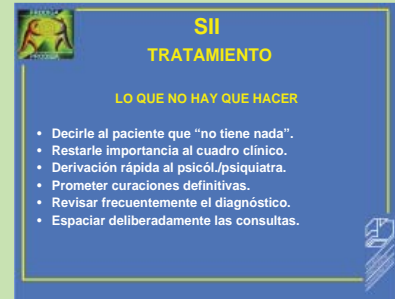
## Antidepresivos:

- Tricíclicos: Imipramina, Desipramina, Wortriptilina, Amitriptilina, Doxepina.
- Inhibidores de la captación de serotonina: Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram.



**SII TRATAMIENTO**  
**LO QUE HAY QUE HACER**

- Buena relación médico-paciente basada en información y seguridad.
- Dispensarle al paciente el tiempo que sea necesario.
- Indicar la evolución, pronóstico y duración del tratamiento.
- Analizar con el paciente las situaciones conflictivas (laborales, familiares) y otros factores de stress.
- Derivar al terapeuta en casos severos y refractarios.



**SII TRATAMIENTO**  
**LO QUE NO HAY QUE HACER**

- Decirle al paciente que "no tiene nada".
- Restarle importancia al cuadro clínico.
- Derivación rápida al psicólogo/psiquiatra.
- Prometer curaciones definitivas.
- Revisar frecuentemente el diagnóstico.
- Espaciar deliberadamente las consultas.



**SII TRATAMIENTO**

Diagram illustrating the relationship between symptoms and treatments:

- SINTOMA DOMINANTE (Dominant Symptom)
- DOLOR DISTENSIÓN (Pain/Distension)
- ESTREÑIMIENTO (Constipation)
- DIARREA (Diarrhea)



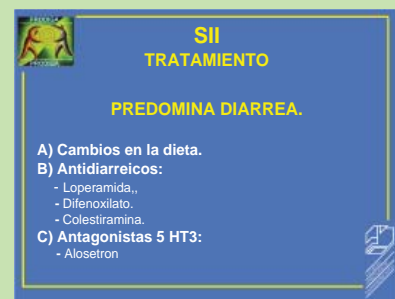
**SII TRATAMIENTO**  
**DOLOR Y DISTENSIÓN**

**Antiespasmódicos:**

- Anticolinérgicos.
- Meveberina.
- Trimebutina.
- Bloqueantes de los canales de calcio.

**Antidepresivos:**

- Tricíclicos.
- Inhibidores de la captación de serotonina.



**SII TRATAMIENTO**  
**PREDOMINA DIARREA.**

**A) Cambios en la dieta.**

**B) Antidiarreicos:**

- Loperamida,
- Difenoxilato,
- Colestiramina.

**C) Antagonistas 5 HT3:**

- Alosetron

## PREDOMINA DIARREA.

A) Cambios en la dieta.

B) Antidiarreicos: incrementan el tiempo de tránsito colónico.

- Loperamida: el mas comúnmente usado. No atraviesa la barrera hematoencefálica y es útil en los pacientes que presentan incontinencia fecal.
- Difenoxilato: no disponible actualmente en nuestro país.
- Colestiramina: puede resultar de utilidad en los pacientes con diarrea y malabsorción de sales biliares.

C) Antagonistas 5 HT3: disminuyen el dolor y reducen la diarrea en pacientes mujeres afectadas de SII con diarrea predominante:

- Alosetron
- Granisetron
- Cilansetron
- Azasetron
- Ramosetron
- Ondasetron

Algunos de ellos en etapa de ensayos Clínicos controlados.

## ALOSETRON

Se ha demostrado que Alosetron ( $\geq 2$  mg/día durante 12 semanas) mejora significativamente los síntomas en mujeres con diarrea. Sin embargo, Alosetron se asocia a efectos adversos graves aunque muy poco frecuentes como constipación y colitis isquémica, por lo que en varios países su uso es restringido. Alosetron se encuentra aprobado por la FDA solamente para mujeres con SII con predominio de diarrea severo, que tengan: síntomas crónicos de SII (generalmente más de 6 meses), se hayan excluido anomalías bioquímicas o anatómicas gastrointestinales que no respondan adecuadamente a la terapia convencional.

## LAXANTES

En estos pacientes sólo están indicados dos grupos concretos de laxantes, que son: a) agentes formadores de masa fecal, y b) laxantes osmóticos de acción lenta. Las principales sustancias del primer grupo son la metilcelulosa, cutículas y el mucílago de *Plantago ovata* (*Ispaghula husk*) y preparados de *Psyllium*. Se administra por vía oral a dosis de 2-6 cucharaditas de granulado distribuidas a lo largo del día. El segundo grupo incluye la lactulosa, que es un disacárido de galactosa y fructosa, y el lactitol, que es un disacárido de galactosa y sorbitol. Estos productos no se absorben y alcanzan el colon donde son metabolizados por las bacterias, originando ácidos grasos de cadena corta, CO e hidrógeno. La acumulación de estos productos no sólo reduce el pH luminal, lo que estimula la contractilidad de la pared intestinal, sino que también ejerce una acción osmótica lenta que aparece varios días después de su administración. La dosis laxante de lactulosa es de 10-20 g/día (15-30 ml), y del lactitol 35 g en 250 ml de agua. En algunos pacientes pueden producir flatulencia y provocar dolores cólicos de modo que es preferible empezar con dosis bajas y aumentar la dosis muy progresivamente.

## LAXANTES

En estos pacientes sólo están indicados dos grupos concretos de laxantes, que son: a) agentes formadores de masa fecal, y b) laxantes osmóticos de acción lenta. Las principales sustancias del primer grupo son la metilcelulosa, cutículas y el mucílago de *Plantago ovata* (*Ispaghula husk*) y preparados de *Psyllium*. Se administra por vía oral a dosis de 2-6 cucharaditas de granulado distribuidas a lo largo del día. El segundo grupo incluye la lactulosa, que es un disacárido de galactosa y fructosa, y el lactitol, que es un disacárido de galactosa y sorbitol. Estos productos no se absorben y alcanzan el colon donde son metabolizados por las bacterias, originando ácidos grasos de cadena corta, CO e hidrógeno. La acumulación de estos productos no sólo reduce el pH luminal, lo que estimula la contractilidad de la pared intestinal, sino que también ejerce una acción osmótica lenta que aparece varios días después de su administración. La dosis laxante de lactulosa es de 10-20 g/día (15-30 ml), y del lactitol 35 g en 250 ml de agua. En algunos pacientes pueden producir flatulencia y provocar dolores cólicos de modo que es preferible empezar con dosis bajas y aumentar la dosis muy progresivamente.

## TEGASEROD.

Es un agonista parcial de los receptores de la 5HT4 que acorta el tiempo de tránsito intestinal, aumenta la frecuencia de las deposiciones, disminuye la consistencia de las heces. Libera neurotransmisores al sistema nervioso entérico coordinadamente. Estimula y mejora la actividad motora basal, normaliza la actividad motora alterada. Estimula la secreción de cloro y agua al colon y modula la sensibilidad visceral. Fue retirado del mercado por presentar riesgos cardiovasculares agudos.

**SII TRATAMIENTO**

**ALOSETRON**

- Antagonista de los receptores 5HT3.
- 1 mg dos veces por día mejora el dolor abdominal, la frecuencia de las deposiciones y la urgencia en mujeres con el SII y diarrea.
- Severos efectos adversos (constipación acentuada, colitis isquémica).
- Retirada por los fabricantes en noviembre del 2000.
- FDA revisó y eventualmente aprobó el uso restringido del alosetron en junio de 2002.

**SII TRATAMIENTO**

**PREDOMINA ESTREÑIMIENTO.**

A) Cambios en la dieta.

B) Laxantes:

- De masa.
- Osmóticos.

C) Agonistas 5 HT4:

- Tegaserod.

**SII TRATAMIENTO**

**TEGASEROD**

- Agonista parcial de los receptores 5HT4.
- 6 mg dos veces por día mejora la evaluación global e individual de síntomas del SII incluyendo al dolor abdominal, la frecuencia de las heces y la distensión, en mujeres con el SII y constipación.
- Efectos adversos mas frecuentes: cefalea y diarrea.
- Retirado del mercado en 2007 por riesgos cardiovasculares.

**SII TRATAMIENTO**

**FÁRMACOS EN ESTUDIOS**

- Tiopramina.
- Policarbófilo de calcio.
- Clonidina.
- Buspirona.
- Somatostatina.
- Octreotide.
- Fedotozina.
- Norcisapride.

**SII TRATAMIENTO**

- Lugares de la pared colónica donde los nuevos tratamientos actúan sobre el sistema nervioso entérico.

## OTROS FÁRMACOS EMERGENTES.

- Tiropramina: es un adenosínmonofosfatocíclico. Inhibe la respuesta contráctil de la vejiga. En un estudio se ha demostrado que normaliza el tiempo de tránsito intestinal y alivia los síntomas.
- Policarbófilo de calcio: es una resina poliacrílica hidrofílica. Se la ha descrito como un agente de transporte intestinal que mejora el funcionamiento intestinal.
- Clonidina: es un agonista alfa 2 adrenérgico.
- Buspirona: agonista de la 5 HT1.
- Somatostatina.
- Octreotride (agonista de la somatostatina) tanto este como la Somatostatina disminuyen la sensación en respuesta a la distensión rectal.
- Fedotzina: agonista de los receptores opioides Kappa. Disminuye la sensibilidad a la distensión rectal. Inhibe la hipersensibilidad gastrointestinal.
- Norcisapride: es un isómero del metabolito activo del cisapride. Se espera que presente, menos efectos colaterales cardiovasculares que el cisapride.
- SR 48692 (SANOFI – SYNTHELABO): es un antagonista no peptídico de los receptores de la neurotensina.
- SR 56811 (SANOFI – SYNTHELABO): agonista beta-3 adrenergico, la feniletanolaminotetralina.
- Nepadutanta (MENARINI): antagonista NK2 a la taquiquinina.
- Algunas de estas drogas están en etapa de experiencia pre clínica y otras no son de uso clínico habitual por su indicación.

Hasta una tercera parte de los pacientes buscan terapias alternativas o complementarias. Aunque ninguna ha demostrado su eficacia, en general son inofensivas y tienen éxito porque explotan el efecto placebo.

No se ha demostrado la utilidad de la acupuntura, mientras que el yoga parece mejorar la sintomatología autonómica, la respuesta sintomática en pacientes con SII y diarrea es semejante a la obtenida con loperamida.

Prebióticos: Algunos trabajos demuestran la eficacia de la terapia con prebióticos. Los resultados muestran que, a las cuatro semanas de tratamiento, la mejoría clínica de los pacientes tratados con el probiótico fue significativamente superior al placebo, sin que se observaran efectos secundarios. Algunas de las hipótesis sobre la causa de la enfermedad (como el inicio post infeccioso en una proporción de casos) y de las alteraciones que pueden presentar estos pacientes (trastornos en la fermentación de los residuos dietéticos) hacen razonable la terapia con probióticos y los resultados de este estudio la confirman.

Antibióticos: Un trabajo publicado en la última edición de "Annals of Internal Medicine" señala que el tratamiento con el antibiótico rifaximina durante 10 días puede mejorar los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII) hasta 10 semanas. El citado antibiótico, comercializado como Xifaxan, está aprobado por la FDA desde 2004 para el tratamiento de la diarrea del viajero causada por Escherichia coli.

En ocasiones, pueden utilizarse tratamientos psicológicos, que ayudan al paciente a controlar las situaciones "desencadenantes" de los síntomas. Se han evaluado diversas intervenciones psicológicas en los síntomas somáticos del SII, tales como la terapia cognitiva-conductual, la terapia conductual y la terapia psicodinámica breve, demostrando una mejoría significativa en la sintomatología y en la capacidad de los pacientes de afrontar su enfermedad. No obstante, algunos de estos estudios son de baja calidad metodológica y no permiten obtener resultados concluyentes. Por su parte, la hipnosis es capaz de modificar el umbral perceptivo visceral y conseguir una mejoría clínica a corto y largo plazo.

## NOTAS:

---

---

---

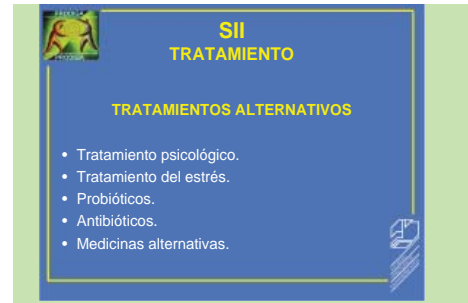
---

---

---

---

---



**SII TRATAMIENTO**

**TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

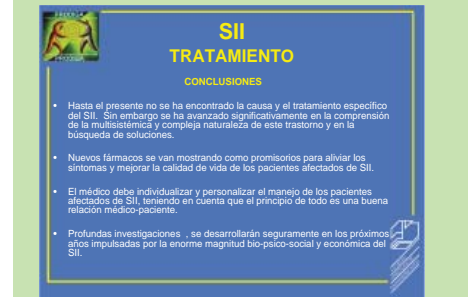
- Tratamiento psicológico.
- Tratamiento del estrés.
- Probióticos.
- Antibióticos.
- Medicinas alternativas.



**SII TRATAMIENTO**

**TRATAMIENTO PSICOLÓGICO.**

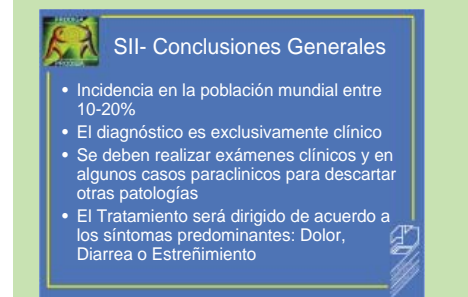
- Cognitivo-conductuales.
- Psicoterapia de apoyo
- Hipnosis.
- Relajación.



**SII TRATAMIENTO**

**CONCLUSIONES**

- Hasta el presente no se ha encontrado la causa y el tratamiento específico del SII. Sin embargo se ha avanzado significativamente en la comprensión de la multisistémica y compleja naturaleza de este trastorno y en la búsqueda de soluciones.
- Nuevos fármacos se van mostrando como promisorios para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados de SII.
- El médico debe individualizar y personalizar el manejo de los pacientes afectados de SII, teniendo en cuenta que el principio de todo es una buena relación médico-paciente.
- Profundas investigaciones se desarrollarán seguramente en los próximos años impulsadas por la enorme magnitud bio-psico-social y económica del SII.



**SII- Conclusiones Generales**

- Incidencia en la población mundial entre 10-20%
- El diagnóstico es exclusivamente clínico
- Se deben realizar exámenes clínicos y en algunos casos paraclínicos para descartar otras patologías
- El Tratamiento será dirigido de acuerdo a los síntomas predominantes: Dolor, Diarrea o Estreñimiento





MEDICO:  Residente  General  Familiar  Internista  Cirujano  Otra

## Síndrome de Intestino Irritable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

### Encuesta Pre-Charla

- 1) La incidencia en la población mundial del SII está entre el:  
\_\_\_\_\_ 10-20% \_\_\_\_\_ 5% \_\_\_\_\_ 40% \_\_\_\_\_ más del 50%
- 2) El Síndrome de Intestino Irritable se diagnostica por:  
\_\_\_\_\_ Colonoscopia \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_ Laboratorio  
\_\_\_\_\_ Rectosigmoidoscopia \_\_\_\_\_ Otro
- 3) Es mas frecuente en:  
\_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_ Ancianos  
\_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres
- 4) Las crisis de SII se relacionan con:  
\_\_\_\_\_ La ingesta de algunos alimentos \_\_\_\_\_ El Stress  
\_\_\_\_\_ Los 2 anteriores \_\_\_\_\_ Ninguna de las anteriores
- 5) El tratamiento del SII está en relación con los síntomas predominantes:  
\_\_\_\_\_ FALSO \_\_\_\_\_ VERDADERO



MEDICO:  Residente  General  Familiar  Internista  Cirujano  Otra

## Síndrome de Intestino Irritable

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

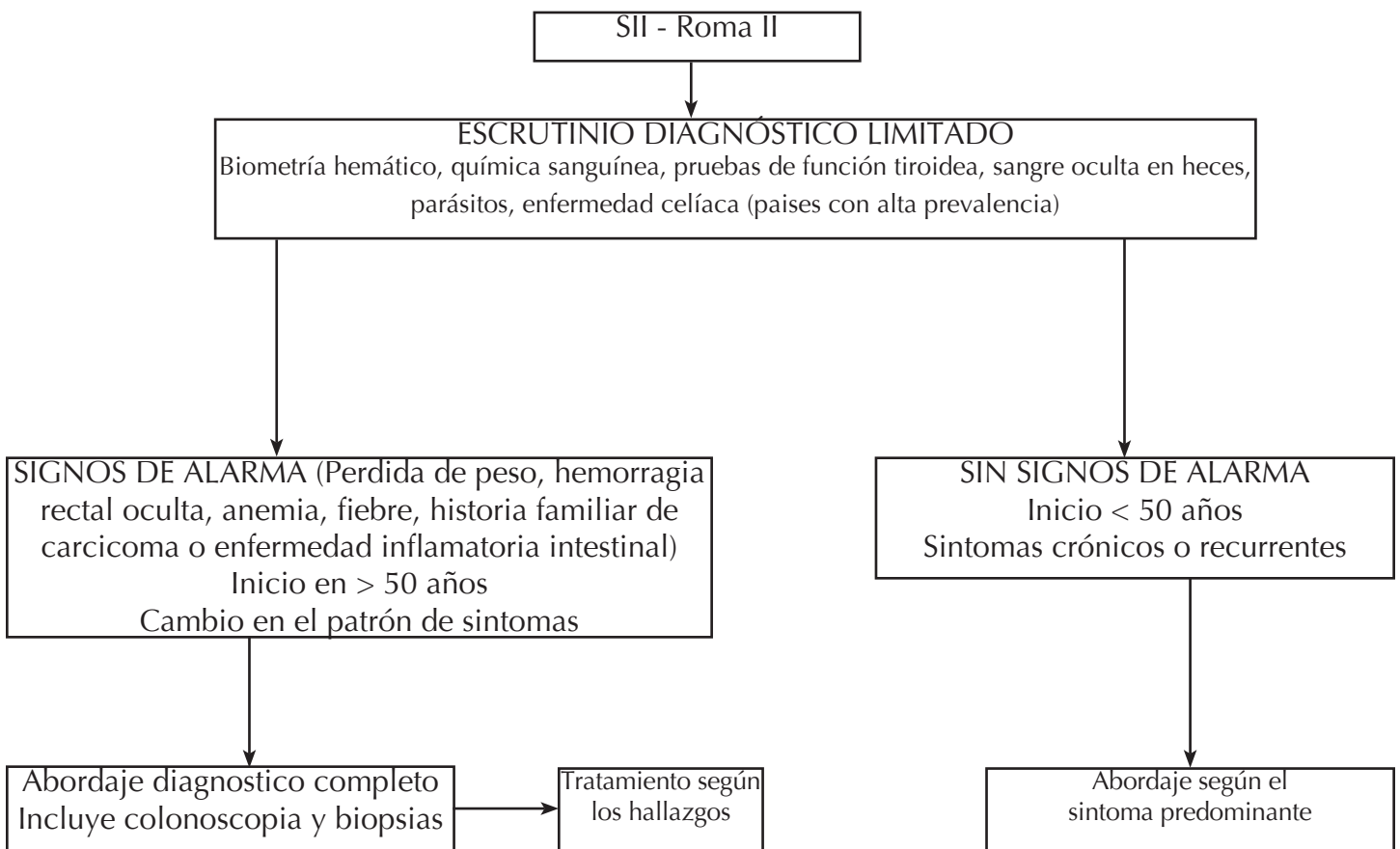
### Encuesta Post-Charla

- 1) La incidencia en la población mundial del SII está entre el:  
\_\_\_\_\_ 10-20% \_\_\_\_\_ 5% \_\_\_\_\_ 40% \_\_\_\_\_ más del 50%
- 2) El Síndrome de Intestino Irritable se diagnostica por:  
\_\_\_\_\_ Colonoscopia \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_ Laboratorio  
\_\_\_\_\_ Rectosigmoidoscopia \_\_\_\_\_ Otro
- 3) Es mas frecuente en:  
\_\_\_\_\_ Niños \_\_\_\_\_ Ancianos  
\_\_\_\_\_ Hombres \_\_\_\_\_ Mujeres
- 4) Las crisis de SII se relacionan con:  
\_\_\_\_\_ La ingesta de algunos alimentos \_\_\_\_\_ El Stress  
\_\_\_\_\_ Los 2 anteriores \_\_\_\_\_ Ninguna de las anteriores
- 5) El tratamiento del SII está en relación con los síntomas predominantes:  
\_\_\_\_\_ FALSO \_\_\_\_\_ VERDADERO



# Manejo rápido para el médico

## ALGORITMO MANEJO SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE



DOLOR

DISTENCIÓN/INFLAMACION

ESTREÑIMIENTO

DIARREA

Información/Educación  
Tegaserod  
Antiespasmódicos  
Antidepresivos



# Información para el paciente y la comunidad

## Síndrome de Intestino Irritable

El síndrome de intestino irritable (SII) es un desorden gastrointestinal común que afecta a aproximadamente 10 a 20 por ciento de la población.

Aunque la condición no puede ser curada, existen tratamientos para aliviar sus síntomas. No se ha identificado una causa única de IBS, pero existen teorías que las anomalías gastrointestinales, la intolerancia del alimento, y los aspectos psicológicos pueden estar implicadas.

Los síntomas primarios del SII son dolor abdominal y cambios en hábitos del intestino (eg., diarrea y/o estreñimiento). El dolor abdominal puede variar en la localización y la severidad. Los pacientes pueden experimentar principalmente diarrea, principalmente estreñimiento, o un patrón que se alterna de los dos; Otros síntomas gastrointestinales adicionales también pueden ocurrir, como son los gases (flatulencia) y moco en la heces.

No hay prueba diagnóstica para SII, y muchas condiciones gastrointestinales pueden producir síntomas similares; la historia clínica, el examen físico, y los resultados de algunos análisis de sangre debe realizarse para descartar otras patologías y para establecer el diagnóstico de SII.

Hay muchos tratamientos disponibles para aliviar los síntomas de SII; éstos incluyen el monitoreo de los síntomas y sus patrones, ajuste de la dieta para aumentar la fibra y para eliminar los alimentos que pueden empeorar síntomas, terapia sicosocial (puesto que el stress puede agravar los síntomas de SII), y el uso de medicamentos. Los tratamientos se usan frecuentemente en combinación, y debido a la variabilidad de síntomas, diversos tratamientos funcionan para diversas personas.

Muchas terapias de hierbas y naturales se han propuesto para el tratamiento del SII; sin embargo, estas terapias no han probado ser eficaces por lo que no están recomendados.

Aunque el SII puede causar dolor y stress, la mayoría de pacientes puede controlar sus síntomas y vivir una vida normal sin desarrollar problemas de salud serios.