

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización  
2015

# DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INTESTINO IRRITABLE EN EL ADULTO

## EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-042-08



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

**DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. JAVIER DÁVILA TORRES**

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

**DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO**

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA**

COORDINACIÓN INTEGRAL DE ATENCIÓN EN EL SEGUNDO NIVEL

**DR. RAFAEL RODRIGUEZ CABRERA**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

**MTRO. DANIEL BROID KRAUCE**

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

**DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO**

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI**

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. MARIO MADRAZO NAVARRO**

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. SALVADOR CASARES QUERALT**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

**MTRA. LISA RAMÓN VAN HEEST**

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

**DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

**DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO**

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y APOYO EN CONTINGENCIAS

**DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ**

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. MANUEL DÍAZ VEGA (ENCARGADO)**

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO A. DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y en caso de haberlo lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Intestino Irritable en el Adulto**. México: Instituto Mexicano del Seguro social; **26 de marzo de 2015**.

Actualización **total**.

Esta guía puede ser descargada de internet en:  
<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

## CIE- 10: K58 SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

### GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL COLON IRRITABLE

#### COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2008

##### COORDINADORES:

Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	IMSS	Jefe de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica.
-------------------------------------	-------------------	------	--

##### AUTORES:

Dr. Gilberto Alfaro Becerra	Medicina Familiar	IMSS	Coordinación de informática en salud, Delegación Jalisco
Dr Ricardo Remigio Centeno	Medicina Familiar	IMSS	UMF 67, Obregón Delegación Sonora
Dra Beatriz Cecilia Franco Vergara	Medicina Familiar	IMSS	HGZ c/MF 7 Monclova, Coahuila
Dr Sergio Ortiz García	Medicina Familiar	IMSS	HP/UMF 10, Delegación DF Sur
Dr Rodolfo Rivera Zumaya	Medicina Familiar	IMSS	UMF 64, Delegación 15, Estado de México
Dr Horacio Olguín Juárez	Cirugía General	IMSS	Coordinación de Cirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"

##### VALIDADORES:

Dr Pedro de Jesus Bernal Escobosa	Medicina Familiar	IMSS	UMF 35 Culiacán Sinaloa.
Dra Sonia Patricia de Santillana Hernández	Medicina Familiar	IMSS	Unidad de Medicina Familiar #20. Delegación 1 Norte en el DF.
Dra María del Carmen Aguirre García	Medicina Familiar	IMSS	Unidad de Medicina Familiar #20. Delegación 1 Norte en el DF
Dr Enrique Manuel Guzmán Vega	Gastroenterología	IMSS	UMAE Hospital Especialidades 71 Torreón, Coahuila



## CIE-10: K58 SÍNDROME DE COLON IRRITABLE GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL INTESTINO IRRITABLE EN EL ADULTO

### COORDINADORES, AUTORES Y VALIDADORES 2015

COORDINADORES:				
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	Coordinador de Programas Médicos	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
AUTORES:				
Dr. Luis Ángel Manica Grau	Medicina Interna	IMSS	Médico adscrito al Hospital Rural Villamar, Michoacán	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna
Dr. Edmundo Daniel Ríos Mejía	Medicina Interna	IMSS	Médico adscrito al Hospital General de Zona 2. Aguascalientes, Aguascalientes.	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna
Dr. Gonzalo Leal Flores	Medicina Familiar	IMSS	Jefe de servicio de Unidad de Medicina Familiar 68, Guadalupe, Nuevo León	Certificado por Consejo Mexicano de Certificación de Medicina Familiar AC.
Dr. Roberto Ramos González	Gastroenterología y Endoscopia Maestría en Ciencias Médicas	IMSS	Médico adscrito, Hospital General de Zona 2, San Luis Potosí, San Luis Potosí	Certificado por el Consejo Mexicano de Gastroenterología y Consejo Mexicano de Endoscopia. Miembro de la Asociación Mexicana de Endoscopia
Dr. José Antonio Leyva Islas	Nutrición Clínica	IMSS	Médico Adscrito de Unidad de Medicina Familiar 2. Distrito Federal Norte	Certificado por European Society Parenteral and Enteral Nutrition
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Medicina Interna y Geriátría	IMSS	Coordinador de Programas Médicos	Certificado por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriátría.
VALIDADORES:				
Dr. Samuel Ayón Ahumada	Gastroenterología	IMSS	Medico de Base adscrito al HGR 1, Tijuana, Baja California	Consejo Mexicano de Gastroenterología
Dra. Isabel Martínez del Río Requejo	Nutrición Clínica	ISSSTE	Supervisor Médico D. Hospital General Gonzalo Castañeda. Distrito Federal	Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa. Sociedad Europea de Nutrición Enteral y parenteral.

# ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder.....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales.....</b>	<b>9</b>
3.1	Justificación.....	9
3.2	Actualización del Año 2008 al 2015 .....	10
3.3	Objetivo.....	11
3.4	Definición .....	12
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones.....</b>	<b>13</b>
4.1	Clasificación .....	14
4.2	Cuadro Clínico.....	14
4.3	Diagnóstico Diferencial.....	18
4.4	Tratamiento No Farmacológico .....	20
4.5	Tratamiento Farmacológico .....	23
4.6	Seguimiento y Pronóstico.....	29
4.7	Criterio de Referencia y Contrarreferencia .....	30
<b>5.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>32</b>
5.1	Protocolo de Búsqueda .....	32
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda</i> .....	32
5.1.1.1	Primera Etapa.....	32
5.1.1.2	Segunda Etapa.....	34
5.1.1.3	Tercera Etapa .....	34
5.1	Escalas de Gradación .....	35
5.2	Escalas de Clasificación Clínica .....	37
5.3	Diagramas de Flujo.....	44
5.4	Listado de Recursos .....	46
5.4.1	<i>Tabla de Medicamentos</i> .....	46
<b>6.</b>	<b>Glosario .....</b>	<b>49</b>
<b>7.</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>51</b>
<b>8.</b>	<b>Agradecimientos.....</b>	<b>55</b>
<b>9.</b>	<b>Comité Académico.....</b>	<b>56</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-042-08

<b>Profesionales de la salud</b>	1.17. Gastroenterología, 1.19. Geriátría, 1.23. Medicina Familiar, 1.25. Medicina Interna, 1.34. Nutriología
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: K58x. Síndrome de Colon Irritable
<b>Categoría de GPC</b>	Niveles de atención de la enfermedad: 3.1.1. Primario, 3.1.2. Secundario, 3.1.3. Terciario 3.4. Diagnóstico y tamizaje, 3.6. Tratamiento.
<b>Usuarios potenciales</b>	4.12. Médicos Especialistas, 4.13. Médicos Generales, 4.14. Médicos Familiares, 4.4 Dietistas-Nutricionista, 4.7. Estudiantes.
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	6.6. Dependencia del Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco</b>	7.5. Adultos de 19 a 44 años, 7.6 Mediana edad de 45 a 64 años, 7.7 Adultos mayores 65 a 79 años y 7.8. Adultos Mayores de 80 y más años. 7.9. Hombre, 7.10. Mujer.
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	8.1. Gobierno Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	CIE-9MC: 89.0 Entrevista, consulta y evaluación diagnóstica. 89.03 Entrevista y evaluación descrita como global. 89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos
<b>Impacto esperado en salud</b>	Disminución de envíos o referencias a segundo nivel de atención. Disminución en el número de consultas subsecuentes relacionadas con el padecimiento. Disminución del número de fármacos prescritos. Optimizar el uso de recursos físicos y humanos en este padecimiento.
<b>Metodología</b>	Evaluación de la guía a actualizar con el instrumento AGREE II, ratificación o rectificación de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	<b>Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia</b> Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: 45. Guías seleccionadas: 3. Revisiones sistemáticas: 7. Ensayos clínicos aleatorizados: 2. Estudios observacionales: 8. Otras fuentes seleccionadas: 25.
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Registro</b>	IMSS-042-08
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación de la actualización: 26 de marzo de 2015. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER

### **En pacientes adultos con síndrome de intestino irritable:**

1. ¿Cuáles son los criterios clínicos para realizar el diagnóstico?
2. ¿Qué enfermedades se incluyen en el diagnóstico diferencial?
3. ¿Cuáles son los datos de alarma que requieren estudios de imagen o colonoscopia?
4. ¿Cuáles son las estrategias no farmacológicas útiles para su manejo?
5. ¿Cuáles son los fármacos más efectivos de acuerdo a la variante clínica?
6. ¿Qué método se puede utilizar para evaluar la respuesta a tratamiento?
7. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel?



### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 Justificación

El síndrome de Intestino Irritable (SII) es una patología crónica caracterizada por un trastorno del sistema gastrointestinal, se presenta con dolor abdominal y alteración funcional de los hábitos intestinales sin una causa orgánica que lo justifique, teniendo distintos subtipos, ya sea predominantemente diarrea (SII-D), constipación (SII-C) o mixto (SII-M), que afecta seriamente la calidad de vida de quien lo padece (*Canavan C, 2014*), además, es una de las patologías gastrointestinales diagnosticadas con más frecuencia y supone cerca del 28% de las derivaciones al gastroenterólogo (*Furman DL, 2011*).

En México y Latinoamérica existen pocos estudios epidemiológicos que permitan conocer con exactitud las características y magnitud del problema, de hecho existe una estimación de prevalencia internacional del 11.2%, teniendo una variación por región geográfica, siendo predominante en Sudamérica con un 21% y minoritaria en el sur de Asia con un 7% (*Canavan C, 2014*), en este sentido, se estima una prevalencia en población general que va de 10 a 20% (*Lovell RM, 2012*).

El SII es el trastorno funcional gastrointestinal más común, se presenta en todos los grupos de edad incluyendo niños y ancianos, aunque se presenta frecuentemente a la edad de 30 a 50 años (*Lovell RM, 2012*). Afecta tanto a hombres como a mujeres, no obstante, aproximadamente el 60-75% de los afectados son mujeres y se presenta con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico bajo (*Wilkins T, 2012*), de igual modo, la prevalencia de los diferentes subtipos según la alteración del hábito intestinal y los criterios de Roma es muy variable, por ejemplo el SII con predominio de constipación va de 5.2 a 66%, para SII con predominio de diarrea va de 0.8 a 33.9% y para el subtipo mixto o alternante 5.2 a 33.1% (*Guilera M, 2005*).

En consecuencia, los pacientes con SII tienen deterioro de la calidad de vida, asociada a depresión, ansiedad, trastorno somatomorfo e ideación suicida, además tienen un menor desempeño o productividad laboral por ausentismo y demandan mayor atención médica (*Schmulson M, 2013*), en este sentido, tienen un incremento en la frecuencia de procedimientos invasivos y cirugías (*Canavan C, 2014*). Ahora bien, alrededor de la mitad de los pacientes presentan fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, dolor de espalda, cefalea y dolor pélvico crónico (*Wilkins T, 2012*).

En relación al impacto económico, los costos incurridos por el paciente son intangibles en términos de reducción de la calidad de vida y de la capacidad productiva, además afecta directamente los costos financieros debido a pérdida de ingresos y gastos no contemplados. Por otro lado, está el costo directo derivado del cuidado de la salud y el costo para la sociedad, en términos de gastos indirectos en relación a la reducción de la productividad, tanto de la persona, como en los demás integrantes de la familia. (*Canavan C, 2014*). Existe una gama amplia de estimaciones del costo de esta enfermedad, pero no hay un registro en nuestro país, desde la perspectiva de Estados

Unidos, el costo de la atención de SII se estima de \$1,562 a \$7,547 dólares por año por paciente (Nellesen D, 2013), lo que representa una carga económica importante para el Sistema de Salud.

En conclusión, debido a que el SII es un motivo de consulta frecuente en la población en etapa productiva tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención, además de su asociación con múltiples patologías, ocasiona un deterioro en la calidad de vida y desempeño laboral, teniendo un impacto económico negativo en el individuo, la sociedad y el Sistema de Salud, se decide realizar la actualización de la guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable con el fin de estandarizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reducir costos, mejorar los procesos de atención e incrementar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

## 3.2 Actualización del Año 2008 al 2015

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía:
  - Título desactualizado: **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colon Irritable.**
  - Título actualizado: **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable en el Adulto.**
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
  - **Prevención**
  - **Diagnóstico**
  - **Tratamiento**
  - **Seguimiento**
  - **Pronóstico**

### 3.3 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Intestino Irritable en el Adulto** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer y segundo** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Citar los criterios clínicos para el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable.
- Describir los datos de alarma que requieren estudios de imagen o colonoscopia como parte del diagnóstico diferencial del síndrome de intestino irritable.
- Mencionar las estrategias no farmacológicas útiles para el manejo del síndrome de intestino irritable.
- Describir los fármacos efectivos de acuerdo a la variante clínica del síndrome de intestino irritable.
- Mencionar el método para evaluar la respuesta a tratamiento del síndrome de intestino irritable.
- Establecer los criterios de referencia y contrarreferencia entre el primer y segundo nivel.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.4 Definición

El síndrome del intestino irritable (SII) se define como una afectación crónica de dolor o molestia abdominal asociado a alteraciones en el hábito intestinal, durante al menos 3 días por mes en los últimos 3 meses, sin causa orgánica que lo justifique (*Wilkins T, 2012*).

Se desconoce su etiología y se cree que es de causa multifactorial en la que pueden coexistir distintos factores (*Camilleri M, 2012, Malone MA, 2011; Surdea-Balga T, 2012, Feng B, 2012*):

- Genéticos.
- Alteraciones en la secreción o motilidad intestinal en respuesta a diferentes estímulos (comidas, distensión, estrés emocional, mediados por serotonina).
- Factores psicosociales. Cerca de la mitad de los afectados padecen depresión, ansiedad, hipocondriasis o somatización.
- Alteración en la función inmune del tracto gastrointestinal.
- Alteración de la microbiota fecal.
- Alteración en la regulación del eje cerebral-intestinal.
- Hipersensibilidad intestinal con una percepción visceral de dolor aumentada.
- Alteración en la inervación extrínseca autonómica que podría asociarse con predominio de estreñimiento cuando la disfunción es vagal, o con diarrea si es adrenérgica.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y/o Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la escala: NICE.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

**Evidencia**




**Recomendación**



**Punto de buena práctica**




En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

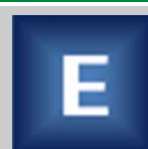

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>1+ NICE</b> <i>Matheson S, 2007</i>









## 4.1 Clasificación






EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	De acuerdo al patrón en los hábitos defecatorios, el síndrome de intestino irritable (SII) se clasifica en tres subtipos:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>SII <b>con constipación</b>. Heces duras más del 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia menos de 25% de las veces).</li> <li>SII <b>con diarrea</b>. Deposiciones disminuidas de consistencia más del 25% de las veces y heces duras menos del 25% de las veces.</li> <li>SII <b>mixto</b>. Heces duras más del 25% de las veces y deposiciones disminuidas de consistencia más del 25% de las veces).</li> </ul>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> Wald A, 2014</p>

## 4.2 Cuadro Clínico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Los pacientes con síndrome de intestino irritable se presentan con una amplia variedad de síntomas incluyendo manifestaciones gastrointestinales y extraintestinales.	<p><b>3</b> <b>NICE</b> Wald A, 2014</p>
	<p><b>Síntomas gastrointestinales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dolor abdominal crónico.</li> <li>Hábitos intestinales alterados (diarrea o constipación).</li> <li>Reflujo gastroesofágico.</li> <li>Disfagia</li> <li>Saciedad temprana.</li> <li>Dispepsia intermitente.</li> <li>Nauseas.</li> <li>Dolor precordial de origen no cardíaco.</li> <li>Flatulencia.</li> <li>Eructos.</li> </ul>	<p><b>2++</b> <b>NICE</b> Lovell RM, 2014</p> <p><b>3</b> <b>NICE</b> Wald A, 2014</p>

	<p><b>Síntomas extraintestinales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión mayor.</li> <li>• Ansiedad.</li> <li>• Desorden somatomorfo.</li> <li>• Insomnio.</li> <li>• Disfunción sexual y dispareunia.</li> <li>• Dismenorrea.</li> <li>• Incremento en la frecuencia urinaria.</li> <li>• Urgencia urinaria.</li> <li>• Síntomas de asma.</li> <li>• Cefalea primaria.</li> </ul>	<p><b>3 NICE</b></p> <p>Wald A, 2014 Soares R LS, 2014</p>
	<p>Los siguientes son trastornos no psiquiátricos con asociación a SII mejor documentada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fibromialgia.</li> <li>• Síndrome de fatiga crónica.</li> <li>• Desorden de articulación temporo-mandibular.</li> <li>• Dolor pélvico crónico.</li> </ul>	<p><b>3 NICE</b></p> <p>Soares R LS, 2014</p>
	<p>El conjunto sintomático de dolor abdominal crónico y los hábitos intestinales alterados se mantienen como las características principales no específicas del SII.</p>	<p><b>3 NICE</b></p> <p>Wald A, 2014</p>
	<p>El <b>dolor abdominal</b> suele describirse como sensación de calambres con intensidad y localización variables, asociado a periodos de exacerbación. La intensidad del dolor puede variar desde ligero a severo. Asimismo, factores como el estrés emocional y la alimentación pueden exacerbarlo, mientras que la defecación a menudo lo alivia.</p>	<p><b>3 NICE</b></p> <p>Wald A, 2014</p>
	<p>A pesar de la variabilidad del dolor abdominal, las siguientes características clínicas <b>no son</b> compatibles con síndrome de intestino irritable y debe investigarse de forma oportuna causas orgánicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor asociado a anorexia, malnutrición o pérdida de peso. (Extremadamente raro en SII a menos que existan patologías psiquiátricas asociadas).</li> <li>• Dolor progresivo, que ocasiona despertar de noche o que interfiere con el sueño.</li> </ul>	<p><b>D NICE</b></p> <p>Wald A, 2014</p>
	<p>Los <b>hábitos intestinales</b> varían desde diarrea, constipación, alternancia de diarrea y constipación o hábitos intestinales normales con diarrea y/o constipación.</p>	<p><b>3 NICE</b></p> <p>Wald A, 2014</p>

	Es importante el interrogar sobre la presencia de sangre, moco o pus en las heces y evaluar la forma habitual de las deposiciones, utilizando la escala de Bristol ( <b>Ver Anexo 5.3. Cuadro 1</b> ).	<b>D NICE</b> Bellini M, 2014
	La <b>diarrea</b> se caracteriza usualmente por evacuaciones frecuentes de pequeño a moderado volumen, ocurren predominantemente en la mañana y después de las comidas. La mayoría de las deposiciones son precedidas de dolor abdominal, urgencia y puede seguir de sensación de evacuación incompleta. Algunos experimentan pérdida del control intestinal.	<b>3 NICE</b> Wald A, 2014 Burbige EJ, 2010
	La <b>constipación</b> puede persistir de días a meses, con intervalos de diarrea o funcionamiento intestinal normal.	<b>3 NICE</b> Wald A, 2014
	Para la evaluación del paciente con sospecha de SII se recomienda una historia clínica detallada, con particular atención en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de síntomas sugestivos de ansiedad o depresión.</li> <li>• Hábitos dietéticos.</li> <li>• Grado de actividad física.</li> <li>• Fármacos (especialmente si alteran la movilidad intestinal o causen dolor abdominal).</li> <li>• Comorbilidades.</li> <li>• Intervenciones quirúrgicas previas.</li> </ul>	<b>D NICE</b> Bellini M, 2014
	Los síntomas clínicos de forma individual son imprecisos para establecer el diagnóstico de SII, por lo que esta patología debe ser considerada como un conjunto sindromático.	<b>A NICE</b> ACG, 2009
	En ausencia de marcadores biológicos aceptados, deben considerarse a las características clínicas como la piedra angular en el diagnóstico de SII.	<b>D NICE</b> Bellini M, 2014
	Aunque no existen criterios clínicos con la precisión deseada para establecer el diagnóstico de SII, se han utilizado tradicionalmente los criterios de Kruis, Manning, Roma I y en los últimos años Roma II y Roma III.	<b>1++ NICE</b> ACG, 2009


	El diagnóstico de SII debe basarse en la identificación de los síntomas positivos compatibles con esta condición y que se resumen en los Criterios de Roma.	<b>D NICE</b> Wald A, 2014
	Se recomienda utilizar los <b>Criterios de Roma III</b> para el diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico.</li> <li>• Dolor o molestia abdominal recurrente más de 3 días por mes en los últimos 3 meses.</li> <li>• Por lo menos dos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mejoría con la defecación.</li> <li>○ Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones.</li> <li>○ Se acompaña de variación de la forma de las deposiciones.</li> </ul> </li> </ul>	<b>D NICE</b> Furman DL, 2009
	Se debe de evaluar los “ <b>datos de alarma</b> ” o “ <b>síntomas atípicos</b> ” que no sean compatibles con SII, debido a que pueden representar afectación orgánica, estos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangrado rectal.</li> <li>• Dolor abdominal nocturno o progresivo.</li> <li>• Pérdida de peso.</li> <li>• Anormalidades como anemia, elevación en marcadores de inflamación o alteraciones electrolíticas.</li> <li>• Fiebre sin causa explicable.</li> <li>• Aparición de síntomas después de los 50 años.</li> <li>• Antecedentes familiares de cáncer de colon, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>• Tumor abdominal o rectal.</li> </ul>	<b>D NICE</b> Wald A, 2014 Bellini M, 2014 WGO, 2009
	Se debe tomar con cautela los datos de alarma, debido a que no siempre representan una patología grave. En particular, el sangrado rectal y el dolor nocturno que pudieran ser de poco valor en discriminar pacientes con SII de pacientes con enfermedad orgánica.	<b>D NICE</b> Bellini M, 2014
	El examen físico suele ser inespecífico y pudiera detectarse solo dolor abdominal (localizado o difuso), hipertimpanismo o alteración de los movimientos intestinales a la auscultación.	<b>3 NICE</b> Bellini M, 2014

### 4.3 Diagnóstico Diferencial






EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Los diagnósticos diferenciales del síndrome de intestino irritable incluyen entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad inflamatoria intestinal.</li> <li>• Cáncer colorectal.</li> <li>• Infecciones intestinales.</li> <li>• Alteraciones hormonales sistémicas.</li> <li>• Intolerancia a alimentos.</li> <li>• Enfermedad celiaca.</li> <li>• Enfermedad tiroidea.</li> <li>• Sobrecrecimiento bacteriano intestinal.</li> <li>• Malabsorción de ácidos biliares.</li> <li>• Neuropatía o miopatía entérica.</li> <li>• Efectos secundarios de medicamentos.</li> </ul>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> <i>Burbige EJ, 2010</i> <i>Furman DL, 2011</i></p>
	En presencia de datos de alarma se justifica la realización de estudios paraclínicos para descartar otras patologías.	<p><b>D</b> <b>NICE</b> <i>Soares R LS, 2014</i></p>
	No se recomienda realizar exámenes de rutina en pacientes con síntomas típicos de SII <b>sin datos de alarma</b> , ya que está demostrado que no se logran identificar otras causas orgánicas en comparación con la población general.	<p><b>1C</b> <b>GRADE</b> <i>ACG, 2009</i></p>
	Se deben realizar los exámenes complementarios de acuerdo a las características clínicas e individualizarlos en cada paciente.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Ante la sospecha de intolerancia a la lactosa (por medio de revisión diaria de alimentos), la prueba de hidratos de carbono en aliento ha demostrado utilidad para su diagnóstico.	<p><b>2B</b> <b>GRADE</b> <i>ACG, 2009</i></p>



<b>R</b>	No se recomienda realizar de manera rutinaria pruebas de sobrecrecimiento bacteriano en pacientes con datos clínicos típicos de SII.	<b>2C GRADE</b> ACG, 2009
<b>E</b>	Los pacientes con SII subtipos con diarrea y mixto, tienen mayor riesgo de enfermedad celiaca en comparación con la población general (3.6% vs 0.7%). El diagnóstico se establece mediante la medición de anticuerpos anti-endomisio y anti-transglutaminasa tisular.	<b>1B GRADE</b> ACG, 2009
<b>E</b>	El estudio parasitoscópico de heces es útil ante la sospecha clínica de parasitosis intestinal o en zonas geográficas con alta prevalencia de esta.	<b>3 NICE</b> Burbige EJ, 2010
<b>R</b>	No se recomienda realizar colonoscopia en pacientes con SII sin datos de alarma.	<b>A NICE</b> Chey WD, 2010
<b>R</b>	Se recomienda realizar colonoscopia en pacientes con SII con datos de alarma y en pacientes mayores de 50 años con el objetivo de escrutinio de cáncer colorectal.	<b>1C GRADE</b> ACG, 2009
<b>R</b>	Cuando se decida realizar colonoscopia en pacientes con SII con predominio de diarrea se debe realizar la toma de biopsias para descartar colitis microscópica.	<b>2C GRADE</b> ACG, 2009
<b>E</b>	Los niveles de lactoferrina fecal son útiles para diferenciar entre enfermedad intestinal inflamatoria y SII (sensibilidad 0.78, especificidad 0.94).	<b>1+ NICE</b> Zhou XL, 2014




	<p>Los niveles altos de calprotectina y de elastasa de neutrófilos polimorfonucleares (PMN-e) fecal han demostrado utilidad para diferenciar entre enfermedad intestinal inflamatoria y SII.</p>	<p><b>1+ NICE</b> <i>Langhorst J, 2008</i></p>
---	--	--

## 4.4 Tratamiento No Farmacológico


EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Existen varios desencadenantes de los síntomas del SII, como estrés, infecciones, uso de antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos y cirugía. Sin embargo, los síntomas son provocados principalmente por el tipo de alimentación.</p> <p><b>3 NICE</b> <i>Mullin GE, 2014</i></p>
	<p>Los individuos con SII reportan más síntomas gastrointestinales asociados al consumo de uno o más alimentos comparado con la población general,</p> <p><b>3 NICE</b> <i>Mullin GE, 2014</i></p>
	<p>Hasta un 84% de los pacientes con SII presentan intolerancia a por lo menos un alimento.</p> <p><b>3 NICE</b> <i>Böhn L, 2013</i></p>
	<p>Los alimentos ricos en hidratos de carbono, altos en grasa, café, alcohol, ricos en histamina, picantes y condimentos son reportados frecuentemente como causantes de síntomas.</p> <p><b>3 NICE</b> <i>Mullin GE, 2014</i></p>
	<p>Se recomienda llevar un registro diario de alimentos para evaluar el grado de exacerbación de los síntomas intestinales. Estos síntomas se presentan entre 15 minutos a 3 horas después de la ingestión de alimentos. Se deberá retirar de uno por uno, valorando su efecto en los síntomas.</p> <p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>

	<p>En el tratamiento nutricional de SII incluye diversas estrategias que han mostrado su utilidad, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentos bajos en hidratos de carbono de cadena corta (FODMAPs: <b>F</b>ermentable, <b>O</b>ligosacaridos, <b>D</b>isacaridos, <b>M</b>onosacaridos, <b>A</b>nd <b>P</b>olioles).</li> <li>• Fibra.</li> <li>• Probióticos y simbióticos.</li> <li>• Restricción de alimentos (café, alcohol y grasa).</li> </ul>	<p><b>D</b> <b>NICE</b> <i>Shepherd SJ, 2013</i> <i>Wall G, 2014</i></p>
	<p><b>FODMAPs</b> son un grupo de hidratos de carbono de cadena corta que tiene 3 características en común:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja absorción en el intestino delgado.</li> <li>• Rápidamente fermentados por las bacterias colónicas.</li> <li>• Incrementan el paso deliberado de agua dentro del intestino, debido a su alta actividad osmótica. (Ver Anexo 5.3, <b>Cuadro 2</b>).</li> </ul>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> <i>Shepherd SJ, 2013</i></p>
	<p>Los hidratos de carbono de cadena corta son pequeñas moléculas que pueden tener actividad osmótica en la luz intestinal. Esto tiene poca consecuencia en los que son rápidamente absorbidos (glucosa) o rápidamente digeridos como sucrosa o lactosa (si existe adecuada actividad de lactasa), pero pueden <b>aumentar el volumen de agua intestinal</b> en el caso de los que son pobre o lentamente absorbidos.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> <i>Shepherd SJ, 2013</i></p>
	<p>Existen también hidratos de carbono que son rápidamente fermentados, lo que <b>favorece la producción de hidrógenos, dióxido de carbono y gases metano</b>.</p> <p>Los otros productos que son fermentadores mayores son los ácidos grasos de cadena corta, los cuales por si mismos promueven la absorción de sodio y agua y favorecen la motilidad.</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> <i>Shepherd SJ, 2013</i></p>
	<p>La importante de esas dos acciones (aumento en la <b>retención de agua</b> intestinal y la <b>producción de gases</b>)-es que favorecen la distensión intestinal y la sintomatología en los pacientes con SII. (Ver Anexo 5.3, <b>Cuadro 2</b>).</p>	<p><b>3</b> <b>NICE</b> <i>Shepherd SJ, 2013</i></p>
	<p>La dieta baja en hidratos de carbono de cadena corta (FODMAPs) proporciona mejoría de los síntomas del SII, incluyendo distensión, flatulencia, alteración en la motilidad y dolor abdominal en comparación con la dieta estándar. (Ver Anexo 5.3, <b>Cuadro 3</b>).</p> <p>En cambio, la dieta con alto contenido de FODMAP empeora los síntomas y se recomienda evitarlos (Ver Anexo 5.3, <b>Cuadro 4</b>).</p>	<p><b>B</b> <b>NICE</b> <i>Halmos EP, 2014</i></p>






	Existe una aplicación para dispositivos móviles que permite identificar los alimentos con alto contenido de FODMAPs, que puede ser útil para el médico, nutriólogo y los pacientes. Esta aplicación puede ser descargada como “SIMPLE FODMAP”.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	El uso de fibra, proporciona alivio de los síntomas en SII, en especial en la distensión y dolor abdominal. Por lo que se recomienda el uso de psyllium plantago.	<b>2B GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Los principios básicos para el uso de la terapia de fibra, son comenzar con una dosis baja que se irá incrementando lentamente, hasta la tolerancia (exceso de gases) y regularización del tránsito intestinal.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Se considera que en pacientes con SII existe una alteración de la microbiota intestinal (disbiosis), tanto en niños y adultos, lo que favorece una inflamación de bajo grado encontrando incremento de linfocitos T intraepiteliales, mastocitos y células enterocromafines.	<b>3 NICE</b> <i>Schmulson W, 2013</i>
	Los probióticos ejercen su efecto sobre la microbiota intestinal por diversos mecanismos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabilizan la motilidad.</li> <li>• Mejoran la barrera intestinal alterada en el SII.</li> <li>• Producen bacteriocidinas.</li> <li>• Previenen la adherencia de patógenos al epitelio intestinal.</li> <li>• Mejoran la inmunoregulación de la mucosa intestinal a través de efectos anti-inflamatorios.</li> <li>• Disminuyen la hipersensibilidad visceral.</li> </ul>	<b>3 NICE</b> <i>Whelan K, 2013</i>
	El uso de probióticos mejora la distensión, flatulencia y secundariamente el dolor en el SII.	<b>2C GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>

	<p>Se recomienda proporcionar las siguientes medidas de dietoterapia en pacientes con SII:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer las comidas regulares, evitando tiempos largos de ayuno.</li> <li>• Ingerir agua solo al final de los alimentos.</li> <li>• Realizar la ingesta lentamente.</li> <li>• Evitar bebidas que contengan cafeína (refrescos de cola, café, té negro, etc.).</li> <li>• Evitar la ingesta de alcohol y bebidas gaseosas.</li> <li>• Reducir la ingesta de "almidón resistente" que a menudo se encuentra en los alimentos procesados.</li> <li>• Revisar las etiquetas nutrimentales y evitar los alimentos que contengan sorbitol (goma de mascar y algunos productos bajos en calorías), ya que pueden incrementar la diarrea, por aumento en la osmolaridad intestinal.</li> </ul>	<p><b>3 NICE</b> <i>NICE cg61, 2008</i></p>
	<p>Debido al porcentaje elevado de personas con intolerancia a la lactosa, que llega a ser de 35%, y la similitud de la forma de presentación de ambas patologías, se recomienda realizar un interrogatorio dirigido a pacientes con SII variedad diarrea o mixto y orientar el tratamiento nutricional.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Algunas terapias psicológicas han demostrado su efectividad en la mejoría de los síntomas en pacientes con SII (terapia cognitiva-conductual, hipnoterapia, terapia psicológica multicomponente, psicoterapia dinámica y terapia psicológica vía telefónica multicomponente).</p>	<p><b>1++ NICE</b> <i>Ford AC, 2014</i></p>

## 4.5 Tratamiento Farmacológico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Los grupos farmacológicos más utilizados en el control del síndrome de intestino irritable son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiespasmódicos.</li> <li>• Antidiarreicos.</li> <li>• Laxantes.</li> <li>• Antidepresivos.</li> <li>• Antibióticos.</li> <li>• Agentes serotoninérgicos.</li> </ul>	<p><b>1C GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i></p>






	<p>Dentro de los <b>antiespasmódicos</b> que han mostrado utilidad en el tratamiento SII encontramos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Agentes relajantes directos del músculo liso:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trimebutina 100-200mg cada 8 horas.</li> <li>• Mebeverina 200mg cada 8 horas.</li> <li>• Pargeverina 10mg cada 8 horas.</li> </ul> </li> <li>2. <u>Agentes anticolinérgicos o antimuscarínicos derivados de la escopolamina.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bromuro de butilhioscina 10mg cada 8 horas.</li> <li>• Dicycloverina 10mg cada 8 horas.</li> </ul> </li> <li>3. <u>Agentes anticolinérgicos, antimuscarínicos o antagonistas del calcio derivados de amonio.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bromuro de otilonio 40mg cada 8 horas.</li> </ul> </li> <li>4. <u>Agentes bloqueadores de los canales del calcio.</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bromuro de pinaverio 100 mg cada 8 o 12 horas.</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>3 NICE</b> Ford AC, 2014</p>
	<p>Se recomienda el uso de los siguientes antiespasmódicos para el control del dolor en pacientes con SII por periodos cortos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bromuro de pinaverio 100 mg cada 8 o 12 horas.</li> <li>• Bromuro de butilhioscina 10mg cada 8 horas.</li> </ul>	<p><b>2C GRADE</b> Ford AC, 2014</p>
	<p>Algunos antiespasmódicos se han utilizado en combinación con dimeticona o simeticona, estos agentes actúan mediante la disminución de formación de gas y así mejoran la distensión abdominal.</p>	<p><b>3 NICE</b> Remes-Troche JM, 2010</p>
	<p>Los medicamentos <b>antiespasmódicos</b> pueden ser utilizados como tratamiento inicial en el control de los síntomas en SII, además pueden ser acompañado de loperamida o psyllium plantago dependiendo de los síntomas predominantes (diarrea o constipación).</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>En los pacientes con SII con predominio de diarrea, el <b>antidiarreico</b> más estudiado y utilizado es la loperamida (opioide sintético), mismo que en estudios solo demostró disminución de la frecuencia de las evacuaciones, más no así mejoría en el dolor.</p>	<p><b>1+ NICE</b> Regnard C, 2011</p>

	No se recomienda el uso de loperamida como <b>monoterapia</b> de SII, ya que solo ayuda a disminuir la frecuencia de las evacuaciones pero no mejora el dolor.	<b>1C GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Se recomienda el consumo recurrente de fibra en la dieta en especial en aquellos con SII variante constipación, sin embargo las fibras insolubles frecuentemente causan distensión y malestar abdominal.	<b>B NICE</b> <i>Bijkerk CJ, 2009</i>
	Se recomienda el uso de psyllium plantago (fibra soluble) como <b>laxante</b> en SII con constipación ya que provee mejoría de este síntoma.	<b>2B GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Dentro de los agentes <b>laxantes</b> el polietilenglicol (polímero que actúa como laxante osmótico) favorece la frecuencia de las evacuaciones, sin mejorar el dolor abdominal u otros síntomas de SII.	<b>2C GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Uno de cada dos pacientes con SII reportan trastornos psicosomáticos o mentales tales como depresión, ansiedad, insomnio, ataques de pánico, desórdenes temporo-mandibulares, fatiga crónica entre otros.	<b>2+ NICE</b> <i>Creed FH, 2013</i>
	Debido a la frecuencia tan alta de la asociación de trastornos psicosomáticos y mentales con síntomas de SII se deben investigar estos problemas desde la primera consulta.	<b>3 NICE</b> <i>Hausteiner-Wiehle C, 2014</i>
	Se sugiere aplicar la escala de valoración de ansiedad de Hamilton en pacientes con datos de síndrome de intestino irritable (Ver Anexo 5.3, <b>Cuadro 5</b> ).	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Se recomienda utilizar antidepresivos como segunda opción de tratamiento en el SII una vez que los antiespasmódicos en conjunto con antidiarreico y/o psyllium no han controlado los síntomas.	<b>Punto de Buena Práctica</b>




	Los <b>antidepresivos</b> fueron utilizados inicialmente en el manejo de SII basado en la observación que la depresión y ansiedad son comorbilidades frecuentes en estos pacientes.	<b>3 NICE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Los antidepresivos (tricíclico e inhibidores selectivos de recaptura de serotonina) son efectivos en mejorar los síntomas globales y reducir el dolor en SII, aunque limitados a la tolerancia del paciente por sus efectos secundarios.	<b>3 NICE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Se recomienda utilizar antidepresivos en dosis menores a las usadas en depresión para mejorar el dolor de origen visceral.	<b>D NICE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Los antidepresivos tiene propiedades analgésicas independientemente de los efectos en mejorar el estado de ánimo; los <b>tricíclicos</b> , por sus propiedades anticolinérgicas, también disminuyen el tiempo de tránsito intestinal, por lo que proporcionan beneficio en SII con predominio de diarrea.	<b>3 NICE</b> <i>Wald A, 2014</i>
	Se recomienda que por sus efectos en el tránsito intestinal, los antidepresivos tricíclicos sean usados cautelosamente en pacientes con SII con predominio de constipación.	<b>D NICE</b> <i>Wald A, 2014</i>
	En caso de SII con predominio de constipación o mixto, se recomienda utilizar un antidepresivo inhibidores selectivo de recaptura de serotonina.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Al utilizar antidepresivos en SII, se recomienda iniciar con dosis bajas, ajustarse de acuerdo a tolerancia y respuesta, además de reevaluar en 3 a 4 semanas antes de incrementar dosis.	<b>D NICE</b> <i>Wald A, 2014</i>
	Se recomienda que si el paciente no tolera un antidepresivo deberá utilizarse el del otro grupo.	<b>D NICE</b> <i>Wald A, 2014</i>



	Para pacientes con SII en quienes la depresión sea un comórbido los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina deben ser utilizados.	<b>D NICE</b> <i>Wald A, 2014</i>
	Los antidepresivos, tricíclicos e inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, son efectivos en el control de síntomas en SII, con un NNT: 4 para ambos.	<b>1++ NICE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Los antidepresivos utilizados en los estudios aleatorizados y a doble ciego que han demostrado eficacia en SII son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paroxetina.</li> <li>• Citalopram.</li> <li>• Doxepina.</li> <li>• Amitriptilina.</li> <li>• Imipramina.</li> <li>• Nortriptilina.</li> <li>• Desipramina.</li> <li>• Trimipramina.</li> </ul> (El rango de dosis y los principales efectos secundarios se resumen en el Anexo 5.3, <b>Cuadro 6</b> ).	<b>1++ NICE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Los antibióticos pueden ser utilizados en aquellos pacientes que persisten con síntomas principalmente diarrea y no tengan control adecuado con antiespasmódicos, antidiarreicos y antidepresivos.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	El uso de <b>antibióticos</b> ha demostrado mejoría de los síntomas en pacientes con SII.	<b>3 NICE</b> <i>Remes-Troche JM, 2010</i>
	Se recomienda el uso antibióticos no absorbibles debido a que los efectos secundarios son menores que los sistémicos.	<b>D NICE</b> <i>Remes-Troche JM, 2010</i>

	Rifaximina demostró mejoría de los síntomas (distensión y diarrea) a dosis de 400mg cada 8 horas por 10-14 días, aunque presentaron recaída un 46% a los 9 meses.	<b>3 NICE</b> <i>Pimentel M, 2009</i>
	Otro antibiótico que ha demostrado mejoría de los síntomas en SII es la neomicina, a dosis de 1 gramo cada 24 horas por 10 a 14 días, aunque su uso por tiempo prolongado y su reutilización en la recaída permanece controversial.	<b>1+ NICE</b> <i>Pimentel M, 2006</i>
	La serotonina es un neurotransmisor mediador de algunas actividades del tracto digestivo por medio de receptores del eje cerebro-intestinal, los 5-HT <sub>4</sub> y 5-HT <sub>3</sub> se han relacionado con aumento de la motilidad intestinal, sensibilidad y secreción.	<b>3 NICE</b> <i>Remes-Troche JM, 2010</i>
	Estudios recientes sobre los <b>agentes serotoninérgicos</b> no han demostrado ser superiores que placebo en el control de los síntomas del paciente con SII; dentro de este grupo encontramos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prucaloprida.</li> <li>• Alosetrón.</li> <li>• Renzaprida.</li> <li>• Ramosetron.</li> </ul>	<b>1C GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Dentro de los nuevos fármacos Linaclotida ha demostrado ser superior que placebo para el tratamiento de SII variedad constipación, ya que mejora los síntomas como dolor, distensión y constipación.	<b>1B GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>
	Otro nuevo fármaco es Lubiprostona que ha demostrado ser superior que placebo para el tratamiento de SII variedad constipación.	<b>1B GRADE</b> <i>Ford AC, 2014</i>







## 4.6 Seguimiento y Pronóstico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	El Cuestionario de Gravedad de Síndrome de Intestino Irritable es útil para clasificar a los pacientes con SII en función de su gravedad y para valorar su respuesta al tratamiento.	<b>C NICE</b> <i>Almansa C, 2011</i>
	La adaptación a español del Cuestionario de Gravedad de Síndrome de Intestino Irritable es un instrumento reproducible capaz de identificar la respuesta al tratamiento. (Ver anexo 5.3, <b>Cuadro 7</b> ).	<b>2+ NICE</b> <i>Almansa C, 2011</i>
	Consta de 5 preguntas que puntúa de 0 a 100, que va desde un mínimo de 0 hasta un máximo de 500.  De acuerdo a la puntuación total se clasifican: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-50 indica sujetos sin enfermedad o en remisión.</li> <li>• 75-150 enfermedad leve.</li> <li>• 175-300 enfermedad moderada.</li> <li>• &gt; 300 enfermedad grave.</li> </ul>	<b>2+ NICE</b> <i>Almansa C, 2011</i>
	Se recomienda utilizar el Cuestionario de Gravedad de Síndrome de Intestino Irritable para evaluar la respuesta al tratamiento y determinar la continuidad o modificación del tratamiento establecido.	<b>Punto de Buena Práctica</b>
	Existen pocos estudios documentados donde se describa la evolución natural de la enfermedad, que incluyan el tiempo de estabilidad de los síntomas, la frecuencia y duración de las recaídas.	<b>2++ NICE</b> <i>El-Serag HB, 2004</i>

	<p>Estudios poblacionales en Estados Unidos en pacientes con SII con seguimiento de 30,000 pacientes-año no observaron incremento en la mortalidad comparado con la población general. (Hazard ratio 1.06 [95% CI 0.86-1.32]).</p>	<p><b>3 NICE</b> <i>Canavan C, 2014</i></p>
	<p>En una revisión sistemática de 14 estudios, en pacientes con SII, reportó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De 2-5% fueron diagnosticados con patología gastrointestinal orgánica como causa de los síntomas (seguimiento: 6 meses-6 años).</li> <li>• Todos los estudios reportaron persistencia de síntomas al final del seguimiento (seguimiento: 6 meses-15 años).</li> <li>• En 5 estudios se reportó ausencia de síntomas solo en 12-38% (seguimiento: 2 años).</li> <li>• En 4 estudios se reportó que permanecen sin cambios de síntomas un 30 a 50% de los pacientes y hay empeoramiento de los mismos en 2-18%. (seguimiento 12 meses-7 años).</li> <li>• Ningún estudio concluyó con detalle acerca de la frecuencia y duración de las recaídas.</li> </ul>	<p><b>2++ NICE</b> <i>El-Serag HB, 2004</i></p>

## 4.7 Criterio de Referencia y Contrarreferencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>Se deberá referir a segundo nivel de atención a aquellos pacientes que no obtengan respuesta favorable al tratamiento inicial (antiespasmódico y sintomático) asociado al tratamiento antidepresivo posterior a 3 meses de manejo.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>

	<p>En aquellos pacientes que presenten dolor abdominal, distensión y alguno de los siguientes datos de alarma, se deberán enviar al segundo nivel de atención para complementación diagnóstico terapéutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia sin causa aparente.</li> <li>• Sangrado de tubo digestivo bajo.</li> <li>• Síntomas nocturnos o progresivos.</li> <li>• Pérdida de peso inexplicable.</li> <li>• Uso reciente de antibióticos.</li> <li>• Aparición de síntomas en mayores de 50 años.</li> <li>• Enfermedad inflamatoria del intestino.</li> <li>• Enfermedad celiaca.</li> <li>• Antecedentes familiares de cáncer colorrectal u ovario.</li> </ul>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Se deberá contrarreferir a primer nivel de atención a aquellos pacientes con diagnóstico y tratamiento de síndrome de intestino irritable establecido para llevar seguimiento en este nivel.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>
	<p>Se deberá referir al servicio de psiquiatría aquellos pacientes que presenten síntomas persistentes de ansiedad o depresión y no respondan al manejo establecido con antidepresivos.</p>	<p><b>Punto de Buena Práctica</b></p>

## 5. ANEXOS

### 5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y Tratamiento del Intestino Irritable en el Adulto**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en inglés y español.
- Documentos publicados los últimos 5 años.
- Documentos enfocados diagnóstico y tratamiento.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

#### 5.1.1 Estrategia de búsqueda

##### 5.1.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema Diagnóstico y Tratamiento del síndrome de intestino irritable en PubMed. La búsqueda se limitó a humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica, revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos controlados aleatorizados se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el término Irritable Bowel Syndrome. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 44 resultados, de los cuales se utilizaron 9 documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Irritable Bowel Syndrome/diagnosis"[Mesh] OR "Irritable Bowel Syndrome/diet therapy"[Mesh] OR "Irritable Bowel Syndrome/drug therapy"[Mesh] OR "Irritable Bowel Syndrome/prevention and control"[Mesh] OR "Irritable Bowel Syndrome/therapy"[Mesh] ) Filters: Controlled Clinical Trial; Systematic Reviews; Practice Guideline; Meta-Analysis; Guideline; Review; Free full text; published in the last 5 years; Humans; English; Spanish; Adult: 19+ years	44 resultados. Se utilizaron 9

### Algoritmo de búsqueda:

1. Irritable Bowel Syndrome [Mesh]
2. Diagnosis [Subheading]
3. Diet therapy [Subheading]
4. Drug therapy [Subheading]
5. Prevention and control [Subheading]
6. Therapy [Subheading]
7. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8. #1 AND #7
9. Controlled Clinical Trial [ptyp]
10. Systematic Reviews [ptyp]
11. Practice Guideline [ptyp]
12. Meta-Analysis [ptyp]
13. Guideline [ptyp]
14. Review [ptyp]
15. #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14
16. #8 AND #15
17. English [lang]
18. Spanish [lang]
19. #17 OR #18
20. #16 AND #19
21. Published in the last 5 years [pdat]
22. #20 AND #21
23. Free full text
24. #22 AND #23
25. Humans [MeSH]
26. Adult: 19+ years [MeSH]
27. #24 AND #25 AND #26
28. # 1 AND (# 2 OR # 3 OR # 4 OR # 5 OR # 6) AND (# 9 OR # 10 OR # 11 OR # 12 OR # 13 OR # 14) AND (#17 O #18) AND # 21 AND # 23 AND # 25 AND # 26

### 5.1.1.2 Segunda Etapa

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el término Irritable Bowel Syndrome. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
<b>National Guideline Clearinhouse</b>	38	2
<b>NICE</b>	43	1
<b>Fisterra</b>	1	1
<b>MOH Guidelines</b>	0	0
<b>Tripdatabase</b>	27	4
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>8</b>

### 5.1.1.3 Tercera Etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas y metanálisis en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema síndrome de intestino irritable. Se obtuvieron **97** documentos de revisiones sistemáticas, de los cuales **5** tuvieron información relevante para la elaboración de la guía.

Por lo amplio del tema hubo necesidad de realizar búsquedas dirigidas a los temas arrojando el resto de los archivos utilizados, con un total de **23** documentos utilizados

En resumen, de **249** resultados encontrados, **45** fueron útiles para el desarrollo de esta guía.

## 5.1 Escalas de Gradación

**CUADRO 1. NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE\*\***

NIVEL DE EVIDENCIA	INTERPRETACIÓN
<b>1++</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
<b>1+</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
<b>1-</b>	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
<b>2++</b>	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
<b>2-</b>	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
<b>3</b>	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
<b>4</b>	Opinión de expertos

\*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-” no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación.

Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network

\*\*National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005. The guidelines manual 2009.

### GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	INTERPRETACIÓN
<b>A</b>	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
<b>B</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
<b>D(BPP)</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía



**CUADRO 2. NIVELES DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN GRADE**

GRADO DE RECOMENDACIÓN DESCRIPCIÓN	BENEFICIO VS RIESGO Y DESVENTAJAS	CALIDAD METODOLÓGICA DE EVIDENCIA DE APOYO	IMPLICACIONES
<b>1A</b> <b>Recomendación fuerte,</b> <b>evidencia de alta calidad</b>	Los beneficios superan claramente a los riesgos y desventajas o viceversa.	Ensayos clínicos aleatorizados sin limitaciones importantes o evidencia abrumadora de estudios observacionales.	Recomendación fuerte, puede aplicar a la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias. Otra prueba es poco probable que cambien nuestra confianza en la estimación del efecto
<b>1B</b> <b>Recomendación fuerte,</b> <b>evidencia de moderada calidad</b>	Los beneficios superan claramente a los riesgos y desventajas o viceversa.	Ensayos clínicos aleatorizados con limitaciones importantes (resultados inconsistentes, fallas metodológicas, indirecta o imprecisa), o excepcionalmente fuerte evidencia de estudios observacionales.	Recomendación fuerte, puede aplicar a la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias. Evidencia de mayor calidad, puede cambiar nuestra confianza en la estimación del efecto.
<b>1C</b> <b>Recomendación fuerte,</b> <b>evidencia de baja calidad</b>	Los beneficios superan claramente a los riesgos y desventajas o viceversa.	Estudios observacionales o series de casos.	Recomendación fuerte, puede aplicar a la mayoría de los pacientes en la mayoría de circunstancias. Evidencia de mayor calidad es muy probable que cambie nuestra confianza en la estimación del efecto.
<b>2A</b> <b>Recomendación débil,</b> <b>evidencia de alta calidad</b>	Los beneficios se asemejan a los riesgos y las desventajas.	Ensayos clínicos aleatorizados sin limitaciones importantes o evidencia abrumadora de estudios observacionales.	Recomendación débil, una mejor acción puede variar según las circunstancias o de los pacientes 'o de los valores sociales. Otra prueba es poco probable que cambien nuestra confianza en la estimación del efecto
<b>2B</b> <b>Recomendación débil,</b> <b>evidencia de moderada calidad</b>	La incertidumbre en las estimaciones de beneficios, los riesgos y las desventajas.	Ensayos clínicos aleatorizados con limitaciones importantes (resultados inconsistentes, fallas metodológicas, indirecta o imprecisa), o excepcionalmente fuerte evidencia de estudios observacionales.	Recomendación débil, una mejor acción puede variar según las circunstancias o de los pacientes 'o de los valores sociales. Evidencia de mayor calidad puede cambiar la evidencia de nuestra confianza en la estimación del efecto
<b>2C</b> <b>Recomendación débil,</b> <b>evidencia de baja calidad</b>	Hay incertidumbre en las estimaciones de beneficios, riesgos y las desventajas. Pueden ser similares.	Estudios observacionales o series de casos.	Recomendación muy débil; otras alternativas pueden ser igualmente razonables. Evidencia de mayor calidad es probable que cambien nuestra confianza en la estimación del efecto

Modificado de: Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, Spiegel BM, Talley NJ, Quigley EM. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. 2009 Jan;104 Suppl 1:S1-35.

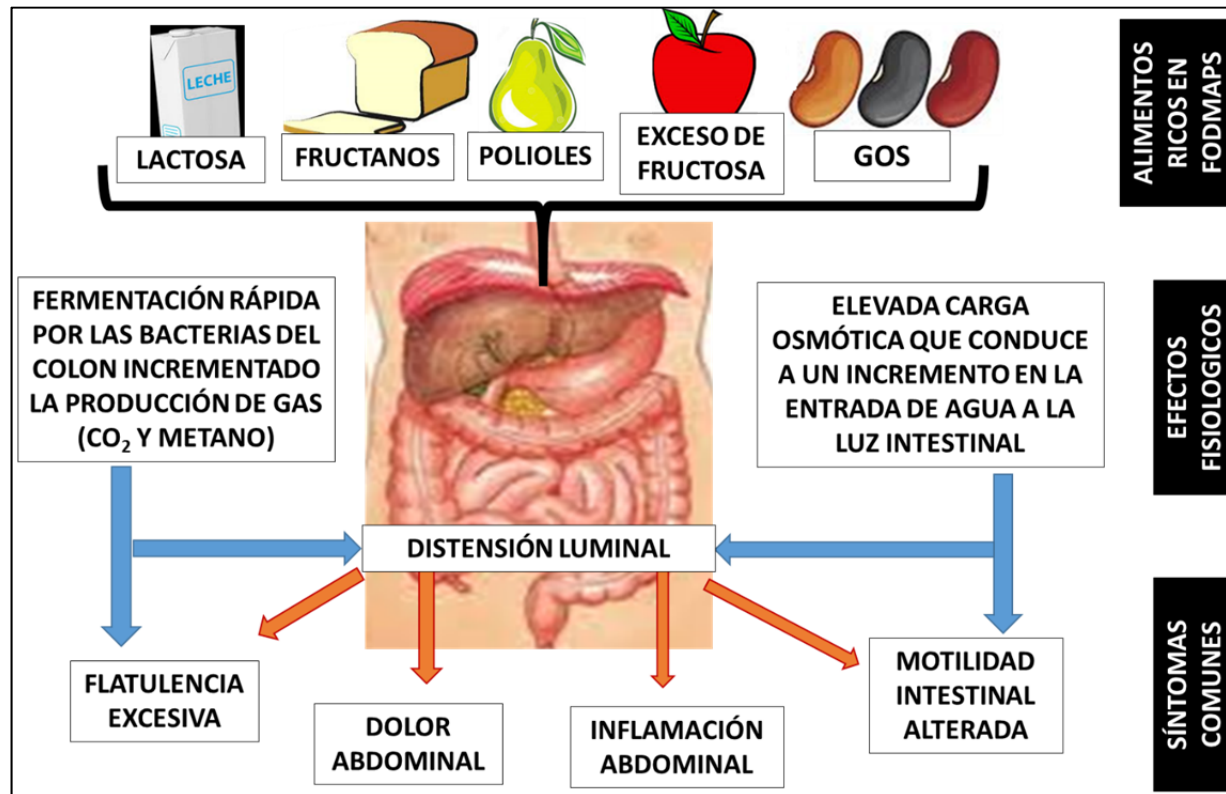
## 5.2 Escalas de Clasificación Clínica

**CUADRO 1. ESCALA DE FORMA DE LAS DEPOSICIONES DE BRISTOL DISEÑADA PARA AYUDAR A LOS PACIENTES A DESCRIBIR LA CONSISTENCIA DE LAS MATERIAS FECALES.**

GRÁFICO DE HECES DE BRISTOL		
<b>TIPO 1</b>		Trozos duros, separados, como nueces
<b>TIPO 2</b>		Con forma de salchicha, pero grumosa
<b>TIPO 3</b>		Con forma de salchicha, pero con grietas
<b>TIPO 4</b>		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
<b>TIPO 5</b>		Bolas suaves con bordes definidos
<b>TIPO 6</b>		Trozos suaves con los bordes desiguales
<b>TIPO 7</b>		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida
■ LOS TIPOS 4 Y 5 SON CONSIDERADOS NORMALES		

Tomado de: Defilippi C, Salvador V, Larach A. Diagnóstico y tratamiento de la constipación crónica. Rev. Med. Clin. Condes - 2013; 24(2) 277-286.

**CUADRO 2. BASE FISIOPATOLÓGICA PARA LA PRESENTACIÓN DE SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE POR FODMAP (OLIGOSACÁRIDOS, DISACÁRIDOS, MONOSACÁRIDOS Y POLIOLES FERMENTABLES).**



\*GOS: Galacto-oligo-sacaridos

La comida es un desencadenante común para los síntomas de intestino irritable por múltiples vías que se relacionan con los mecanismos inmunológicos y no inmunológicos.

Los alimentos que son FODMAPs tienen tres propiedades comunes que pueden ser provocadoras:

- 1) Son pobremente absorbidos en el intestino delgado.
- 2) Contienen moléculas pequeñas y osmóticamente activas que rápidamente atraen líquidos a la luz intestinal.
- 3) Son fermentados rápidamente por las bacterias a una gran cantidad de gases que causan distensión abdominal.

El resultado final de la intolerancia a alimentos ricos en FODMAP es el exceso de gases, dolor abdominal, distensión y diarrea.

Tomado de: Mullin GE, Shepherd SJ, Chander Roland B, Ireton-Jones C, Matarese LE. Irritable bowel syndrome: contemporary nutrition management strategies. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014 Sep;38(7):781-99.

### CUADRO 3. EJEMPLOS DE ALIMENTOS RECOMENDADOS EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON BAJO Y MODERADO CONTENIDO EN FODMAPS\*, ORGANIZADOS POR GRUPOS DE ALIMENTOS

EJEMPLOS DE ALIMENTOS DE BAJO Y MODERADO CONTENIDO EN FODMAPS					
Frutas	Vegetales	Leche y productos derivados	Granos y cereales	Frutos secos, y semillas	Otros
Arándanos	Aceitunas	Crema	Arroz	Almendras	Aceite de oliva
Carambola	Alfalfa	Helados sin lactosa	Avena	Avellanas	Caramelo
Cerezas	Aguacate	Mantequilla	Cereales y pan sin gluten	Linaza	Concentrado de ajo
Frambuesa	Apio	Margarina	Galletas	Semillas de girasol	Jarabe de maple
Fresa	Berenjena	Leche de arroz	Maíz	Semillas de calabaza	Jengibre
Kiwi	Brócoli	Leche de avena	Mijo	Semillas de chía	Albahacar
Granada	Bulbo de hinojo	Yogurt y yogurt sin lactosa	*Todos los productos deben estar hechos a base de granos y harina sin gluten.	Semillas de sésamo	Tomillo
Melón dulce	Calabaza	Queso frescos: panela		*Es obligatorio identificar el gluten libre en los productos.	
Limón	Calabacita	Quesos blandos ejemplo: cottage, requesón, queso crema	Hierba buena		
Lima	Cebollita	Quesos maduros ejemplo: Brie, cheddar, colby, gouda la vena azul, Edam, feta, mozzarella, parmesano	Hierba stevia		
Lichi	Col de brucas		Edulcorantes artificiales		
Mandarina	Ejotes		Sucralosa, Aspartame		
Maracuyá	Espinacas				
Naranja	Germen de soya				
Papaya	Lechuga				
Plátano	Papa				
Piña	Pimienta				
Uvas	Pepino				
	Tomate				
	Nabo				
	Nopal				
	Remolacha				
	Rábano				
	Zanahoria				
*FODMAPs, = Fermentables: oligo-, di-, y monosacaridos y polioles.					

\*FODMAPs, = Fermentables: oligo-, di-, y monosacaridos y polioles.

Modificado de: Mullin GE, Shepherd SJ, Chander Roland B, Ireton-Jones C, Matarese LE. Irritable bowel syndrome: contemporary nutrition management strategies. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014 Sep;38(7):781-99

#### CUADRO 4. EJEMPLOS DE ALIMENTOS POCO RECOMENDADOS EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE CON ALTO CONTENIDO EN FODMAPS\*, ORGANIZADOS POR GRUPOS DE ALIMENTOS

EJEMPLOS DE ALIMENTOS DE ALTO CONTENIDO EN FODMAPS					
Frutas	Vegetales	Leche y productos derivados	Granos y cereales	Frutos secos, y semillas	Otros
Guanabana y chirimoya	Ajo	Helado	Cebada	Garbanzos	Agave
Duraznos y nectarinas	Alcachofa	Leche de cabra, oveja y vaca	Cereal	Leguminosas	Fructosa
Manzana	Cebolla	Leche de oveja	Croissants	Frijoles, cualquier clase	Fructo-oligosacáridos
Melón y melón blanco	Chayote	Leche de vaca	Galletas	Frijoles de soya	Concentrados de jugos de frutas
Mango	Chícharo	Leche condensada	Fideo	Lentejas	Jarabe de maíz de alta fructosa
Moras	Coliflor	Leche evaporada	Pan	Pistaches	Inulina
Pasas	Espárragos	Leche de polvo	Pastas		Maltosa
Peras	Hongos	Natillas	Muffins		Manitol
Sandía	Setas	Postres hechos con leche			Miel
Tamarindo					
Tejocotes					
*FODMAPs, = Fermentables: oligo-, di-, y monosacaridos y polioles.					

Modificado de: Mullin GE, Shepherd SJ, Chander Roland B, Ireton-Jones C, Matarese LE. Irritable bowel syndrome: contemporary nutrition management strategies. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2014 Sep;38(7):781-99.

## CUADRO 5. ESCALA DE VALORACIÓN DE ANSIEDAD DE HAMILTON

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada reactivo, evaluando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a **ansiedad psíquica** (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a **ansiedad somática** (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente	1. Intensidad ligera.	2. Intensidad media.	3. Intensidad elevada.	4. Intensidad máxima (invalidante).
------------	-----------------------	----------------------	------------------------	-------------------------------------

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON		0	1	2	3	4
1	<b>Estado de ánimo ansioso:</b> Preocupaciones, anticipación a lo peor, aprensión, irritabilidad.					
2	<b>Tensión:</b> Sensación de tensión, Fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones de sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3	<b>Temores:</b> A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.					
4	<b>Insomnio:</b> Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. Terrores nocturnos.					
5	<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad para concentración, mala memoria.					
6	<b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés, insatisfacción de las diversiones, depresión. Despertar prematuro, cambios del estado de ánimo durante el día.					
7	<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz temblorosa.					
8	<b>Síntomas somáticos sensoriales:</b> Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (hormigueo).					
9	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia, palpitaciones, dolor torácico, sensación pulsátil vascular, sensaciones de "baja presión" o desmayo. Extrasístoles.					
10	<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo o falta de aire, suspiros y disnea					
11	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades para tragar, gases, dispepsia: dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos, (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12	<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de frigidez, eyaculación precoz, impotencia, ausencia de erección.					
13	<b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.					
14	<b>Comportamiento en la entrevista (general):</b> Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos y dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo. Inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, rostro preocupado, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Comportamiento fisiológico: tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo (palpitaciones), frecuencia respiratoria mayor de 20 por minuto, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, sudor, tics en párpados.					
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>						
Si su puntaje es <b>igual o mayor a 18</b> es aconsejable que se realice una evaluación más profunda ya que puede estar padeciendo Trastorno de Ansiedad.						

Adaptado de: Lobo A, Camorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002;118:493-99

**CUADRO 6. PSICOFÁRMACOS UTILIZADOS EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.**

<b>Medicamento</b>	<b>Efectos secundarios frecuentes</b>	<b>Dosis recomendada</b>
<b>Antidepresivos tricíclicos</b>		
<b>Amitriptilina</b>	Xerostomía, hiperpirexia, retención urinaria, estreñimiento, trastornos de la acomodación visual, midriasis, hipotensión ortostática.	10 a 25 mg al día
<b>Imipramina</b>	Temblor, insomnio, taquicardia, trastornos de la acomodación visual, xerostomía, estreñimiento, náuseas, vómitos.	25 a 50 mg al día
<b>Desipramina</b>	Náusea, cefalea, vértigo, hipotensión ortostática, visión borrosa, sudación, estreñimiento, taquicardia, disuria, mal sabor de boca, adenitis sublingual, estomatitis, xerostomía.	50 a 150 mg al día
<b>Nortriptilina</b>	Xerostomía, Náusea, cefalea, vértigo, visión borrosa, sudación, estreñimiento, hipotensión postural	10 mg al día
<b>Doxepina</b>	Sedación, hipotensión ortostática, trastornos de la acomodación visual, xerostomía, estreñimiento, náuseas.	10 a 50 mg al día
<b>Inhibidores de la recaptura de serotonina</b>		
<b>Fluoxetina</b>	Cefalea, nerviosismo, agitación, alteraciones del apetito.	20 mg al día
<b>Paroxetina</b>	Disminución del apetito, somnolencia, insomnio, diarrea, estreñimiento, taquicardia, cefalea, agitación.	10 a 50 mg al día
<b>Citalopram</b>	Diarrea, sudación, insomnio, ansiedad, temblor, ganancia ponderal, impotencia sexual.	10 a 40 mg al día

Modificado de: Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. Am J Gastroenterol 2014; 109:S2 – S26.

Modificado de: Remes-Troche JM, Gómez-Escudero O, Nogueira-de Rojas JR, Carmona-Sánchez R, Pérez-Manauta J. Pharmacological treatment of the irritable bowel syndrome: a technical review. Rev Gastroenterol Mex. 2010;75(1):42-66.



## CUADRO 7. CUESTIONARIO DE GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

1) ¿Sufre frecuentemente dolor abdominal (dolor de barriga)?

☐ SÍ ☐ NO

Rodee la respuesta adecuada

a) Si su respuesta ha sido SÍ, ¿cómo de grave es su dolor abdominal?

0% |-----| 100%

Sin dolor                      No grave                      Algo grave                      Grave                      Muy grave

b) Por favor, escriba el número de días que tiene dolor cada 10 días. Por ejemplo, si anota 4 significará que tiene dolor 4 de 10 días. Si tiene dolor todos los días, anote 10.

Número de días con dolor

2)

a) ¿Sufre con frecuencia distensión abdominal?\* (barriga hinchada, inflada o tensa)

☐ SÍ ☐ NO

Rodee la respuesta adecuada

\*las mujeres, por favor, ignorar la distensión relacionada con el periodo (la regla)

b) Si su respuesta ha sido SÍ, ¿cómo es de grave es su distensión abdominal?

0% |-----| 100%

Sin distensión                      No grave                      Algo grave                      Grave                      Muy grave

3) ¿Está satisfecho con su hábito intestinal?

0% |-----| 100%

Muy Satisfecho                      Satisfecho                      Insatisfecho                      Muy insatisfecho

4) ¿En qué medida su síndrome de intestino irritable le afecta o interfiere con su vida en general?

0% |-----| 100%

Nada                      No mucho                      Bastante                      Totalmente

### INTERPRETACIÓN

Cada una de las 5 preguntas se puntúa de 0 a 100 (según el valor en la escala visual marcado 25 puntos o el número de días multiplicado por 10, según corresponda a la pregunta) conformándose una puntuación total con la suma de ellas, que va desde un mínimo de 0 hasta un máximo de 500.

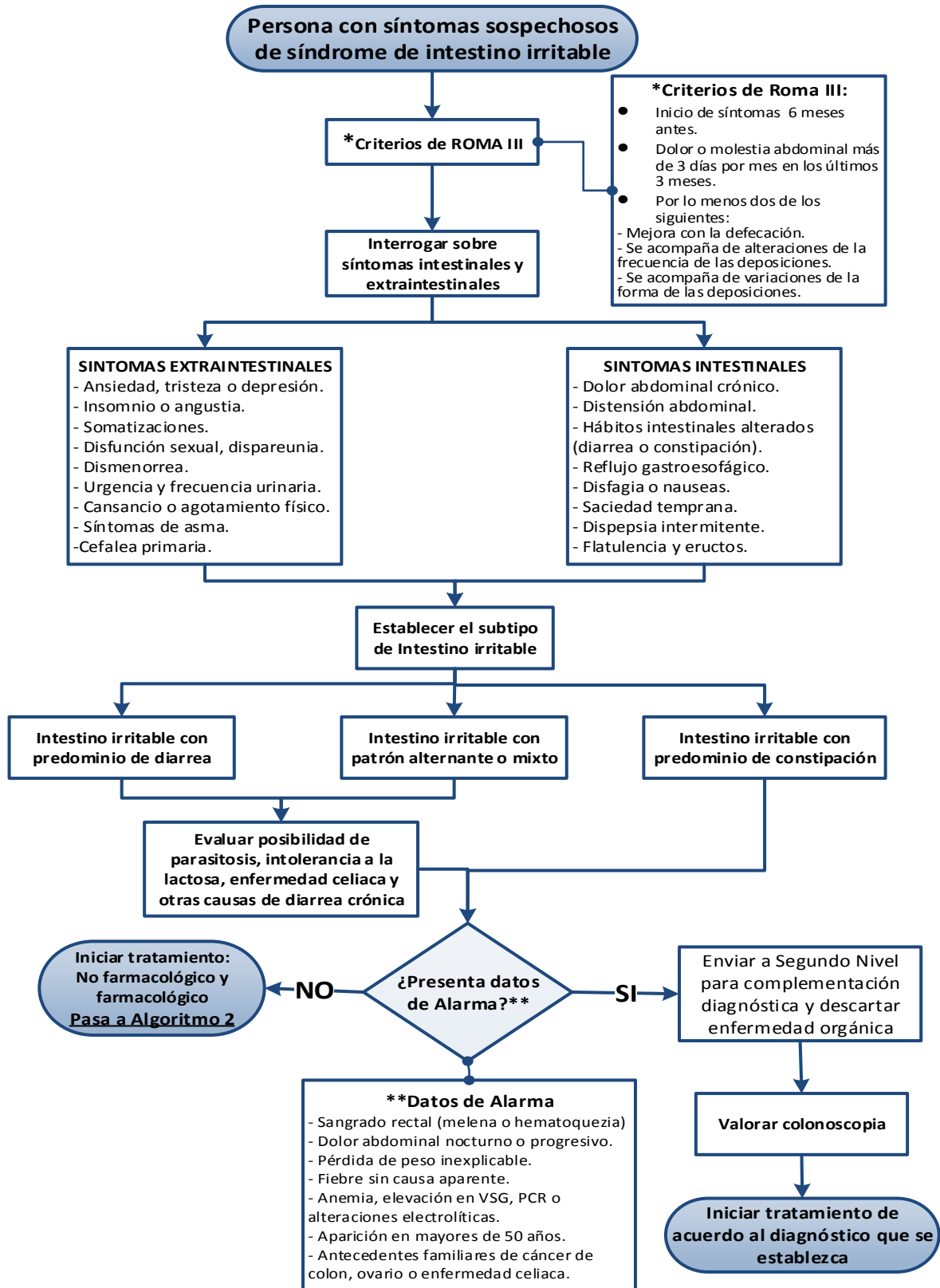
#### De acuerdo a la puntuación total se clasifican:

- < 75 indica sujetos sin enfermedad o en remisión.
- 75-175 enfermedad leve.
- 175-300 enfermedad moderada.
- Más de 300 enfermedad grave.

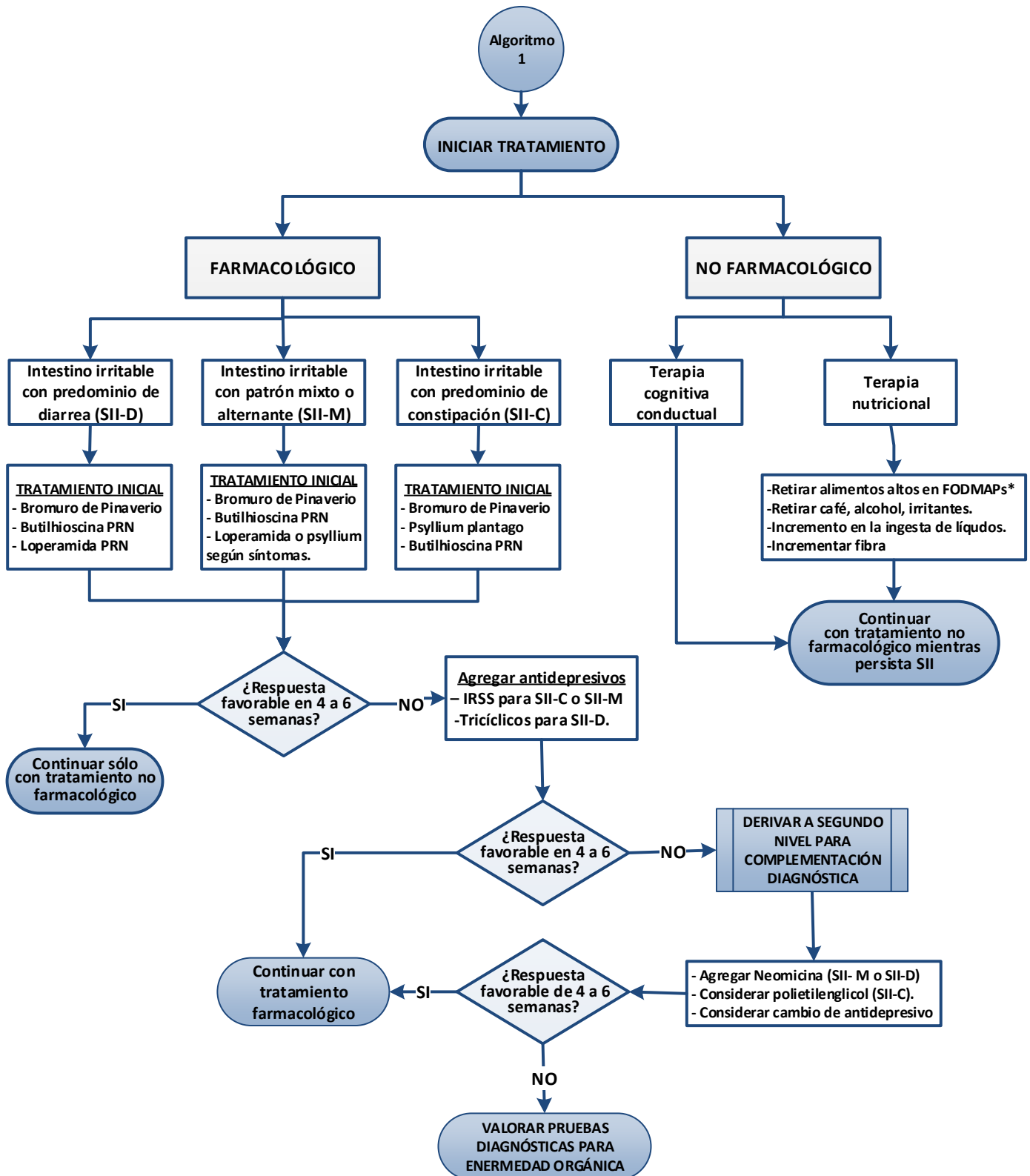
Tomado de: Almansa C, García-Sánchez R, Barceló M, Díaz-Rubio M, Rey E. Traducción, adaptación cultural y validación al español del cuestionario de gravedad del síndrome de intestino irritable (Irritable Bowel Syndrome Severity Score). Rev Esp Enferm Dig 2011;103: 612-618.

## 5.3 Diagramas de Flujo

ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DEL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE



\*FODMAPs: Alimentos fermentables, oligosacarios, disacaridos, monosacaridos y polioles

PRN: Por razón necesaria

## 5.4 Listado de Recursos

### 5.4.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de síndrome de intestino irritable del **Cuadro Básico de IMSS** y del **Cuadro Básico Sectorial**:

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCÍPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
010.000. 1206.00 010.000. 1207.00	Butilhioscina	10 a 20 mg cada 6 a 8 horas	Gragea o tableta 10 mg Solución inyectable 20mg/ml	Por razón necesaria	Aumento de la frecuencia cardíaca, erupciones cutáneas y reacciones alérgicas.	Aumentan su acción anticolinérgica los antidepresivos tricíclicos, amantadina y quinidina.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertrofia prostática, taquicardia, megacolon y asma.
010.000. 4184.00	Loperamida	Inicial: 4 mg, mantenimiento 2 mg, después de cada evacuación (máximo al día 16 mg).	Tableta 2 mg	Por razón necesaria	Estreñimiento, náusea, vómito, somnolencia, fatiga, mareo, distensión abdominal, exantema, cólicos.	Atorvastatina, claritromicina, eritromicina, nifedipino, felodipino, itraconazol, ketoconazol, Espironolactona, fenitoína	Hipersensibilidad al fármaco, disentería, fiebre, colitis ulcerativa activa, atonía intestinal, constipación y obstrucción intestinal.
010.000. 1210.00 010.000. 1210.01	Bromuro de Pinaverio	100 mg dos veces al día	Tableta 100 mg	2-3 meses	Náuseas, vómitos, pirosis, dolor abdominal	Ninguna significativa	Hipersensibilidad al fármaco
040.000. 3305.00	Amitriptilina	10 a 12.5 mg al día	Tableta 25 mg	Indefinido	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa puede ocasionar excitación grave, hipertermia y convulsiones.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. En padecimientos cardiovasculares, glaucoma de ángulo cerrado, alcoholismo activo, sedación e hipertiroidismo.
040.000. 3302.00	Imipramina	25 a 50 mg al día	Tableta 25 mg	Indefinido	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la clonidina; potencia depresión producida por el alcohol. Cisaprida, selegilina, quinolonas salbutamol, salmeterol, amiodarona, macrólidos, fluoxetina, paroxetina, venlafaxina, sertralina	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Precauciones: En padecimientos cardiovasculares, hipertrofia prostática, glaucoma, hipertiroidismo, epilepsia y síndrome convulsivo.

						haloperidol, itraconazol, ketoconazol.	
010.000. 4483.00 010.000. 4483.01	Fluoxetina	20 mg al día	Tableta 20 mg	Indefinido	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad.	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En ancianos, insuficiencia hepática, renal y lactancia. Antecedentes de epilepsia y síndrome convulsivo, administrar dosis menores. En la segunda mitad del embarazo aumenta el riesgo de Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido (RN); irritabilidad, dificultad para tomar alimentos y dificultad respiratoria en los RN.
010.000. 5487.00 010.000. 5487.01	Citalopram	20 a 40 mg al día	Tableta 20 mg	Indefinido	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequeadad de mucosas	Con inhibidores de la MAO y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (eletriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Valorar riesgo beneficio en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática. En la segunda mitad del embarazo aumenta el riesgo de Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido,
010.000. 5481.00	Paroxetina	10 a 50 mg al día	Tableta 20 mg	Indefinido	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los inhibidores de la MAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (eletriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: En cardiopatías, epilepsia, insuficiencia hepática e insuficiencia renal. En la segunda mitad del embarazo aumenta el riesgo de Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido (RN); irritabilidad, dificultad para tomar alimentos y dificultad respiratoria en los RN.
010.000. 4176.00	Neomicina	1 gramo cada 24 horas o 500 mg cada 12 horas	Tableta 250 mg	10 a 14 días	Cefalea, letargo, ototoxicidad, náusea, vómito, nefrotoxicidad, exantema, urticaria.	Anticoagulantes orales en que potencia la acción del anticoagulante. Con cefalotina aumenta la nefrotoxicidad. Con dimenhidrinato enmascara síntomas de ototoxicidad.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, obstrucción intestinal. Precauciones: Insuficiencia renal, colitis ulcerativa.
010.000. 4191.00	Polietil- englicol	4 cucharadas (20 gramos) en 200 ml de agua una vez al día	Sobre 105 gr	Por razón necesaria	Cólicos intestinales, diarrea, náusea, vomito, calambres abdominales e irritación anal.	Con laxantes se favorece la diarrea, con antidiarreicos o antimuscarínicos disminuye su efecto.	Contraindicaciones: Hipersensibilidad al fármaco, obstrucción intestinal, retención gástrica, perforación intestinal, megacolon tóxico. Precauciones: Deterioro del reflejo de la náusea, estado de

							coma con tendencia a la regurgitación.
--	--	--	--	--	--	--	--

## 6. GLOSARIO

**Calidad de vida:** Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

**Cáncer de colon:** Incluye cualquier tipo de neoplasia de colon recto o apéndice.

**Colonoscopia.** Exploración que permite la visualización directa de todo el colon y la parte final del intestino delgado.

**Comorbilidad:** La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

**Contrarreferencia:** Decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutive para continuar su atención médica, después de haber sido atendidos de un daño específico a la salud, la cual se realiza con base a criterios técnico médicos y administrativos, con el informe correspondiente de las acciones diagnósticas y terapéuticas realizadas y por realizar en la unidad referida.

**Datos de alarma:** Fiebre, sangrado, anemia, pérdida de peso o alteraciones en la exploración física (presencia de una masa abdominal) que no pueden explicarse por un trastorno funcional gastrointestinal.

**Diarrea:** Condición en la cual los movimientos intestinales son rápidos provocando evacuaciones frecuentes y líquidas.

**Distensión abdominal:** Sensación de que el abdomen está lleno.

**Enfermedad celiaca:** También se conoce como enfermedad del colon, esprue no tropical, esprue celiaco e intolerancia al gluten. Es un desorden autoinmune caracterizado por daño de todo o parte de las vellosidades del intestino delgado, este daño es causado por exposición al gluten y relacionado con la presencia de proteínas en trigo, arroz, malta, cebada y en menor grado avena.

**Enfermedad Inflamatoria Intestinal:** Término que se emplea para referirse a padecimientos que afectan predominantemente al intestino caracterizado por inflamación crónica, incluye la enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y colitis indeterminada.

**Estreñimiento:** Condición en la cual los movimientos intestinales son lentos, provocando que la materia fecal sea dura y seca, y la eliminación de ésta difícil e infrecuente.



**Estreñimiento funcional:** Grupo de trastornos funcionales que se presentan con deposiciones infrecuentes, dificultosas o incompletas.

**Factor de riesgo:** Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

**FODMAPs:** Nemotecnia que hace referencia a los alimentos que se recomienda evitar o disminuir en el síndrome de intestino irritable. Las iniciales hacen referencia a los hidratos de carbono de cadena corta que son: Fermentables como oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles.

**Fructanos.** Polímeros de fructosa derivados de la molécula de sacarosa, la cual es un disacárido de fructosa y glucosa. Los sintetizados por la naturaleza son solubles en agua. Están presentes en el trigo, espárragos, agave, alcachofa, etc.

**Intolerancia a la lactosa.** Afección de las microvellosidades intestinales debida a la poca o nula producción de la enzima lactasa que deriva en la imposibilidad de la degradación de la lactosa.

**Neuropatía:** Enfermedad inflamatoria o degenerativa del sistema nervioso periférico.

**Prevalencia:** Proporción de individuos en una población que padecen una enfermedad en un periodo de tiempo determinado.

**Referencia:** Decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutoria para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

**Sobrecrecimiento Bacteriano:** Trastorno caracterizado por malabsorción de nutrientes asociado con un excesivo número de bacterias en la porción proximal del intestino delgado.

**Terapia cognitiva conductual:** Es una forma de psicoterapia basada en el concepto de la forma en que el sujeto piensa acerca de las cosas que puede afectar la manera de sentir emocionalmente. La terapia cognitiva se enfoca en el pensamiento, comportamiento y comunicación en el presente más que en la experiencia pasada y está orientada a resolver un problema. Su objetivo es ayudar al sujeto en la forma en que piensa (cognición) y en la forma en que actúa (comportamiento).

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Almansa C, García-Sánchez R, Barceló M, Díaz-Rubio M, Rey E. Traducción, adaptación cultural y validación al español del cuestionario de gravedad del síndrome de intestino irritable (Irritable Bowel Syndrome Severity Score). *Rev Esp Enferm Dig* 2011;103: 612-618.
2. ACG. American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009; 104 Suppl 1:S1–S35.
3. Bellini M, Gambaccini D, Stasi C, Urbano MT, Marchi S, Usai-Satta P. Irritable bowel syndrome: A disease still searching for pathogenesis, diagnosis and therapy. *World J Gastroenterol* 2014 July 21; 20(27): 8807-8820.
4. Bijkerk CJ, de Wit NJ, Muris JW, Whorwell PJ, Knottnerus JA. Soluble or insoluble fibre in irritable bowel syndrome in primary care? Randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2009 Aug 27;339:b3154.
5. Böhn L, Störsrud S, Törnblom H, Bengtsson U, Simrén M. Self-Reported Food-Related Gastrointestinal Symptoms in IBS Are Common and Associated With More Severe Symptoms and Reduce Quality of Life. *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 634-641.
6. Burbige EJ. Irritable bowel syndrome: diagnostic approaches in clinical practice. *Clin Exp Gastroenterol* 2010; 3: 127-37.
7. Camilleri M, Katzka DA. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. Genetic epidemiology and pharmacogenetics in irritable bowel syndrome. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2012 May 15;302(10):G1075-84.
8. Canavan C, West J, Card T. Review article: the economic impact of the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014 Nov;40(9):1023-34.
9. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology* 2014;6 71-80.
10. Chey WD, Nojkov B, Rubenstein JH, Dobhan RR, Greenston JK, Cash BD. The yield of colonoscopy in patients with non-constipated irritable bowel syndrome: results from a prospective, controlled US trial. *Am J Gastroenterol*. 2010; 105(4):859-65.
11. Creed FH, Tomenson B, Chew-Graham C, Macfarlane GJ, Davies I. Multiple somatic symptoms predict impaired health status in functional somatic syndromes. *Int J Behav Med* 2013; 20: 194-205
12. Defilippi C, Salvador V, Larach A. Diagnóstico y tratamiento de la constipación crónica. *Rev. Med. Clin. Condes* - 2013; 24(2) 277-286.
13. El-Sarag HB, Pilgrim P, Schoenfeld P. Systemic review: natural history of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 861-870.

14. Feng B, La JH, Schwartz ES, Gebhart GF. Irritable bowel syndrome: methods, mechanisms, and pathophysiology. Neural and neuro-immune mechanisms of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2012;302(10):G1085-98.
15. Ford AC, Moayyedi P, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. American College of Gastroenterology Monograph on the Management of Irritable Bowel Syndrome and Chronic Idiopathic Constipation. *Am J Gastroenterol* 2014; 109:S2 – S26.
16. Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, Soffer EE, Spiegel BM, Moayyedi P. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2014 Sep; 109(9):1350-65.
17. Furman DL, Cash BD. The role of diagnostic testing in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am*. 2011 Mar;40(1):105-19.
18. Guílera M, Balboa A, Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005;100(5):1174-84.
19. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2014;146:67-75.
20. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P. Irritable bowel syndrome: relations with functional, mental, and somatoform disorders. *World J Gastroenterol*. 2014 May 28;20(20):6024-30
21. Kennedy PJ, Cyran JF, Dianan TG, Clarke G. Irritable bowel syndrome: A microbiome-gut-brain axis disorder?. *World J Gastroenterol*. 2014 Oct 21; (39):14105-1425.
22. Langhorst J, Elsenbruch S, Koelzer J, Rueffer A, Michalsen A, Dobos GJ. Noninvasive markers in the assessment of intestinal inflammation in inflammatory bowel diseases: performance of fecal lactoferrin, calprotectin, and PMN-elastase, CRP, and clinical indices. *Am J Gastroenterol*. 2008 Jan;103(1):162-9.
23. Lobo A, Camorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2002;118:493-99.
24. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012 Jul;10(7):712-721.
25. Lovell RM, Ford AC. Prevalence of gastro-esophageal reflux-type symptoms in individuals with irritable syndrome in the community. A meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107 (12): 1793.
26. Malone MA. Irritable bowel syndrome. *Prim Care*. 2011 Sep;38(3):433-47; viii.
27. Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut*. 2010;59(3):325-332.
28. Mullin GE, Shepherd SJ, Chander Roland B, Ireton-Jones C, Matarese LE. Irritable bowel syndrome: contemporary nutrition management strategies. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2014 Sep;38(7):781-99.
29. NICE cg61. National Institute for Health and Clinical Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: Diagnosis and Management of irritable bowel syndrome in primary care. February 2008. [Acceso 03 de noviembre de 2014]. Editors; National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care London, UK. Disponible en: URL: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg61>.

30. Nellesen D, Yee K, Chawla A, Edelman B, Carson R. A Systematic Review of the Economic and Humanistic Burden of Illness in Irritable Bowel Syndrome and Chronic Constipation J Manag Care Pharm. 2013;19(9):755-64.
31. Pimentel M. Review of rifaximin as treatment for SIBO and IBS. Expert Opin Invest Drugs 2009;18:349-57.
32. Pimentel M, Chatterjee S, Chow EJ, Park S, Kong Y. Neomycin improves constipation-predominant irritable bowel syndrome in a fashion that is dependent on the presence of methane gas: subanalysis of a double-blind randomized controlled study. Dig Dis Sci. 2006 Aug;51(8):1297-301
33. Regnard C, Twycross R, Mihalyo M, Wilcock A. Loperamide. J Pain Symptom Manage. 2011 Aug;42(2):319-23
34. Remes-Troche JM, Gómez-Escudero O, Nogueira-de Rojas JR, Carmona-Sánchez R, Pérez-Manauta J. Pharmacological treatment of the irritable bowel syndrome: a technical review. Rev Gastroenterol Mex. 2010;75(1):42-66.
35. Ruepert L, Quatero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents antispasmodic and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011; (8):CD003460.
36. Schmulson M, Irritable Bowel Syndrome (IBS) in the 2013 DDW, Rev Gastroenterol Mex. 2013;78(Supl.1):34-6.
37. Shepherd SJ, Lomer MC, Gibson PR. Short-chain carbohydrates and functional gastrointestinal disorders. Am J Gastroenterol. 2013;108(5):707-717.
38. Soares R LS. Irritable bowel syndrome: A clinical review. World J Gastroenterol 2014 September 14; 20 (34): 12144-12160.
39. Surdea-Blaga T, Baban A, Dumitrascu DL. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol. 2012;18(7):616-26.
40. Wald A, Talley NJ, Grover S. Clinical manifestation and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults. Literature review current through Oct 2014. [Acceso 04 de noviembre de 2014]. Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com>.
41. Wald A, Talley NJ, Grover S. Treatment of irritable bowel syndrome in adults. Literature review current through Oct 2014. [Acceso 05 de noviembre de 2014]. Disponible en: URL: <http://www.uptodate.com>.
42. Whelan K, Quigley EM. Probiotics in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. Curr Opin Gastroenterol. 2013;29(2):184-189
43. Wilkins T, Pepitone C, Alex B, and Schade R. Diagnosis and Management of IBS in Adults. Georgia Health Sciences University, Augusta, Georgia, 2012;86(5):419-426.
44. WGO. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Irritable bowel syndrome: a global perspective. April 20, 2009. [Acceso 05 de noviembre de 2014] Disponible en URL: [http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/20\\_irritable\\_bowel\\_syndrome.pdf](http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/20_irritable_bowel_syndrome.pdf)

45. Zhou XL, Xu W, Tang XX, Luo LS, Tu JF, Zhang CJ, Xu X, Wu QD, Pan WS. Fecal lactoferrin in discriminating inflammatory bowel disease from Irritable bowel syndrome: a diagnostic meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2014 Jul 7;14:121.

## 8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS**

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria				
	Coordinación Técnica de Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.	
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero				
	Coordinación Técnica de Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.	

## 9. COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador