

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		GUIA DE MANEJO: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CÓDIGO: CI-COLO-GM-19
 	UNIDAD: CLINICO QUIRURGICA		FECHA DE EMISIÓN: 01-10-2015
	PROCESO: CIRUGIA		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 DE 9

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
NIT: 830.040.256-0

1. OBJETIVO

Brindar los parámetros e indicaciones correctas para el manejo y tratamiento de los pacientes que consultan al hospital militar central con SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

2. METODOLOGIA

La presente guía se basó en el consenso médico del Hospital Militar Central y consultas bibliográficas.

3. ALCANCE

Definición, epidemiología, factores asociados al estreñimiento, mecanismos de producción, grupos de fármacos usados para el tratamiento del estreñimiento.

4. POBLACION OBJETO

Usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares con sus beneficiarios y/o público en general que presente esta patología.

5. RECOMENDACIONES

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

DEFINICION

Desorden funcional del tracto gastrointestinal caracterizado por síntomas crónicos y recurrentes que incluyen dolor abdominal, distensión, gases y sensación de evacuación incompleta, estreñimiento y diarrea, los cuales no pueden ser explicados por una anormalidad estructural o bioquímica.

Carácter crónico e intermitente de la sintomatología y siendo una enfermedad incurable afecta importantemente la calidad de vida de los pacientes.

EPIDEMIOLOGIA

Prevalencia mundial 4 – 20%. Sólo el 20 – 30% consultan al médico. En Colombia existe una prevalencia: 14% de 7000 consultas realizadas al año. Más frecuente en mujeres con una relación de 2:1. Con un primer ataque usualmente entre los 20 – 50 años y el subgrupo más diagnosticado son pacientes con estreñimiento, el segundo subgrupo son los pacientes que presentan estreñimiento intercalado con periodos de diarrea.

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	2 de 9		

5. RECOMENDACIONES

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

Principales mecanismos involucrados: alteración de la motilidad, hipersensibilidad visceral, estrés, modulación del sistema nervioso central, factores psicosociales, factores intraluminales, infección e inflamación.

- 1- **Alteración de la motilidad**: los patrones anormales no son específicos ni consistentes en la mayoría de pacientes. Las alteraciones comprometen estómago, intestino delgado, colon y recto. La motilidad del colon se puede alterar por el estrés psicológico o físico y la ingestión de alimentos, con exageración del reflejo gastrocólico, alteración del vaciamiento gástrico, aumento de las contracciones y del tránsito del intestino delgado, cambios que pueden ocurrir en más del 50% de los individuos sanos. Los pacientes con SII más frecuentemente sienten dolor asociado a contracciones irregulares del intestino delgado.
- 2- **Hipersensibilidad visceral y activación cerebral anormal**: hipersensibilidad a la distensión rectal con un balón demostrado por Ritchie. Mayor umbral a los estímulos dolorosos. Como causas posibles se han propuesto la sensibilización de los mecanorreceptores parietales por ejemplo por infección. Otros mecanismos como la hipersensibilidad a nivel de la vía aferente extrínseca con aumento de la excitabilidad de las neuronas del cuerno dorsal de la médula espinal, alteración de el procesamiento de las sensaciones a nivel de SNC. Otra posibilidad es que el sistema anti-nociceptivo descendente que inhibe la transmisión del dolor es defectuoso.
- 3- **Estrés y factores Psicosociales**: hasta el 60 % de estos pacientes tienen síntomas psiquiátricos. El estrés psicológico puede exacerbar los síntomas gastrointestinales a través de la alteración de la motilidad intestinal, función epitelial o percepción de los estímulos viscerales. Se cree que las experiencias negativas durante la infancia, pueden afectar el SNC y predisponer al individuo a la hipervigilancia.
- 4- **Anormalidades en la propulsión y expulsión de gas intestinal e intolerancia alimentaria**: la distensión abdominal es un síntoma muy frecuente. Algunos individuos pueden tener fermentación colónica anormal con exceso de producción de hidrógeno y por ello hasta el 40% de los pacientes responden favorablemente a la restricción de ciertos carbohidratos no absorbibles conocidos como FODMAP's por sus siglas en inglés.
- 5- **Infección e inflamación**: cada vez hay más evidencia que sugiere una relación entre el antecedente de enteritis infecciosa y el desarrollo de SII. Se cree que hay una alteración neuromuscular del intestino. Debido a la respuesta inflamatoria secundaria a la infección, la producción de citoquinas y bradiquininas inducen aumento de la sensibilidad visceral, exageración de las respuestas motoras, aumento de las secreciones intestinales.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Criterios ROMA III

Dolor abdominal o discomfort en al menos 3 dias por mes, por los últimos 3 meses, asociado a 2 o más de los siguientes:

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	3 de 9		

5. RECOMENDACIONES

- Mejoría con la defecación
- Asociación con un cambio en la frecuencia de las defecaciones
- Asociación con un cambio en la forma (aspecto) de las heces.

Según la consistencia (>25% de las veces) se clasifica por el predominio de diarrea, estreñimiento o mixto.

Uno o más de los síntomas siguientes en al menos una cuarta parte de las ocasiones o días, están casi siempre presentes y se pueden emplear para identificar subgrupos distintos del SII. No son esenciales para el diagnóstico, pero dan confianza al médico para decidir que el dolor abdominal es de origen intestinal. Mientras más síntomas estén presentes, más seguro será el diagnóstico.

- Frecuencia de las defecaciones (más de 3 día o menos 3 a la semana)
- Forma anormal de las heces (caprinas/ duras o sueltas/ acuosas)
- Ritmo defecación anormal (urgencia o sensación evacuación incompleta)
- Eliminación de mucosidad.
- Hinchazón o sensación de distensión abdominal

EXAMENES DIAGNOSTICOS

CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE EVIDENCIA DISPONIBLE	
Ia	La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados.
Ib	La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado aleatorio.
IIa	La evidencia científica procede al menos de un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar.
IIb	La evidencia científica procede al menos de un estudio casi experimental, bien diseñado.
III	La evidencia científica procede de estudios descriptivos no experimentales, bien diseñados como estudios comparativos, de correlación o de casos y controles.
IV	La evidencia científica procede de documentos u opiniones de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	4 de 9		

5. RECOMENDACIONES

GRADOS DE RECOMENDACIÓN	
A	Existe buena evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
B	Existe moderada evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación.
C	La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso.
X	Existe evidencia de riesgo para esta intervención.

Múltiples exámenes diagnósticos de tamizaje se han recomendado para descartar la posibilidad de que una enfermedad orgánica sea la causa de la sintomatología. Cuadro hemático, velocidad de sedimentación globular, Proteína C Reactiva, Calprotectina fecal, recuento de plaquetas, glicemia, función tiroidea, coprológico, sangre oculta en heces y visualización del colon: colonoscopia, en caso que no se pueda completar la colonoscopia se realizara una colonografía con TAC de alta resolución y/o colon por enema de doble contraste. Sin embargo en los pacientes que cumplen con los criterios clínicos basados en síntomas para síndrome de intestino irritable, sin signos o síntomas de alarma (hematoquezia, pérdida de peso, anemia, fiebre persistente, diarrea crónica e historia familiar de cáncer de colon), el uso rutinario de todos los exámenes no es obligatorio. Si se presenta síntomas digestivos altos como dispepsia se acompañará de una endoscopia de vías digestivas altas **Nivel de evidencia IIB.**

MANEJO:

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA NIVEL DE EVIDENCIA IIC

Educación estructural y organizada, orientada al paciente.

- Actividad física.(Ejercicio aeróbico)
- Modificación de la jornada laboral: los síntomas disminuyen durante la jornada diurna.
- Cambio de hábitos alimentarios: la leche, el huevo y trigo están ligados a exacerbación de los síntomas. Carbohidratos y grasa. Alimentos productores de gas como cebolla, brócoli, repollo etc.
- Tratar de modificar los factores de Stress, interconsulta con psicología.

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	5 de 9		

5. RECOMENDACIONES

TRATAMIENTO DEL DOLOR ABDOMINAL

- **ANTIESPASMÓDICOS:** relajan el músculo liso del intestino, actuando en forma efectiva sobre receptores colinérgicos, opiáceos o canales de calcio del músculo liso y neuronas entéricas NIVEL DE EVIDENCIA IIB

Trimetbutina, bromuro de pinaverio, Bromuro de otilonio, Clorhidrato de mebeverina

- **ANTIDEPRESIVOS NIVEL DE EVIDENCIA IIC**

Usados cuando el tratamiento de los síntomas ha sido difícil con los medicamentos anteriores o con componente emocional marcado. Han demostrado disminución del dolor abdominal, puntajes de síntomas y evaluación global al ser comparados con placebo NIVEL DE EVIDENCIA IIC.

Propiedades neuromoduladoras y analgésicas, controlan el dolor por vía central.

Antidepresivos tricíclicos: nortriptilina, desipramina, amitriptilina.

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: fluoxetina, sertralina, paroxetina.

Otros antidepresivos: amoxapina, bupropión, trazodona.

- **NUEVOS AGENTES NIVEL DE EVIDENCIA IIC**

En la fisiopatología se ha involucrado a la 5 HT, por lo que en el manejo del estreñimiento aparece como alternativa de reciente introducción el prucalopride. Adicionalmente, hoy se cuenta con secretagogos del tracto digestivo como lubiprostone y linaclotide (Ver guía de estreñimiento).

TRATAMIENTO DEL SII CON PREDOMINIO DE DIARREA NIVEL DE EVIDENCIA IIB

- Loperamida: agonista opiáceo, inhibe la liberación de acetilcolina y prostaglandinas, disminuyendo el tránsito del intestino delgado y colon. Reduce la frecuencia de deposiciones y la urgencia. Dosis: 4 – 12 mg día. Es el medicamento de elección en Guías internacionales (NICE).
- Colestiramina: resina que se liga a los ácidos biliares previniendo su reabsorción y aumentando su eliminación por las heces. Depende de la severidad de malabsorción de sales biliares.
- Antidepresivos tricíclicos: desipramina 50 mg 3 veces al día. Amitriptilina 10 – 25 mg 2 veces día.
- Alosetrón: antagonista 5 HT₃, mujeres con predominio de diarrea en quienes el tratamiento convencional falló. 1 mg día dividida en dos tomas.

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	6 de 9		

5. RECOMENDACIONES

- Mebeverina: Inhibidor de canales de calcio indicado en el tratamiento del síndrome intestino irritable predominio diarrea a dosis de 400 mg día dividido en 2 tomas.

TRATAMIENTO SII CON ESTREÑIMIENTO NIVEL DE EVIDENCIA IIB

- La fibra puede ser útil en un subgrupo de pacientes en general las que tienen heces muy duras, pero no es útil en el manejo global del paciente en general, cuando se comparó con placebo.
- Recomendaciones para tratamiento con fibra:

Evacuar completamente el colon antes del comienzo del tratamiento, empleando laxantes osmóticos o enemas.

Iniciar con dosis bajas de fibra, para incrementarlas lentamente hasta las dosis adecuadas usualmente 25 – 30 g al día.

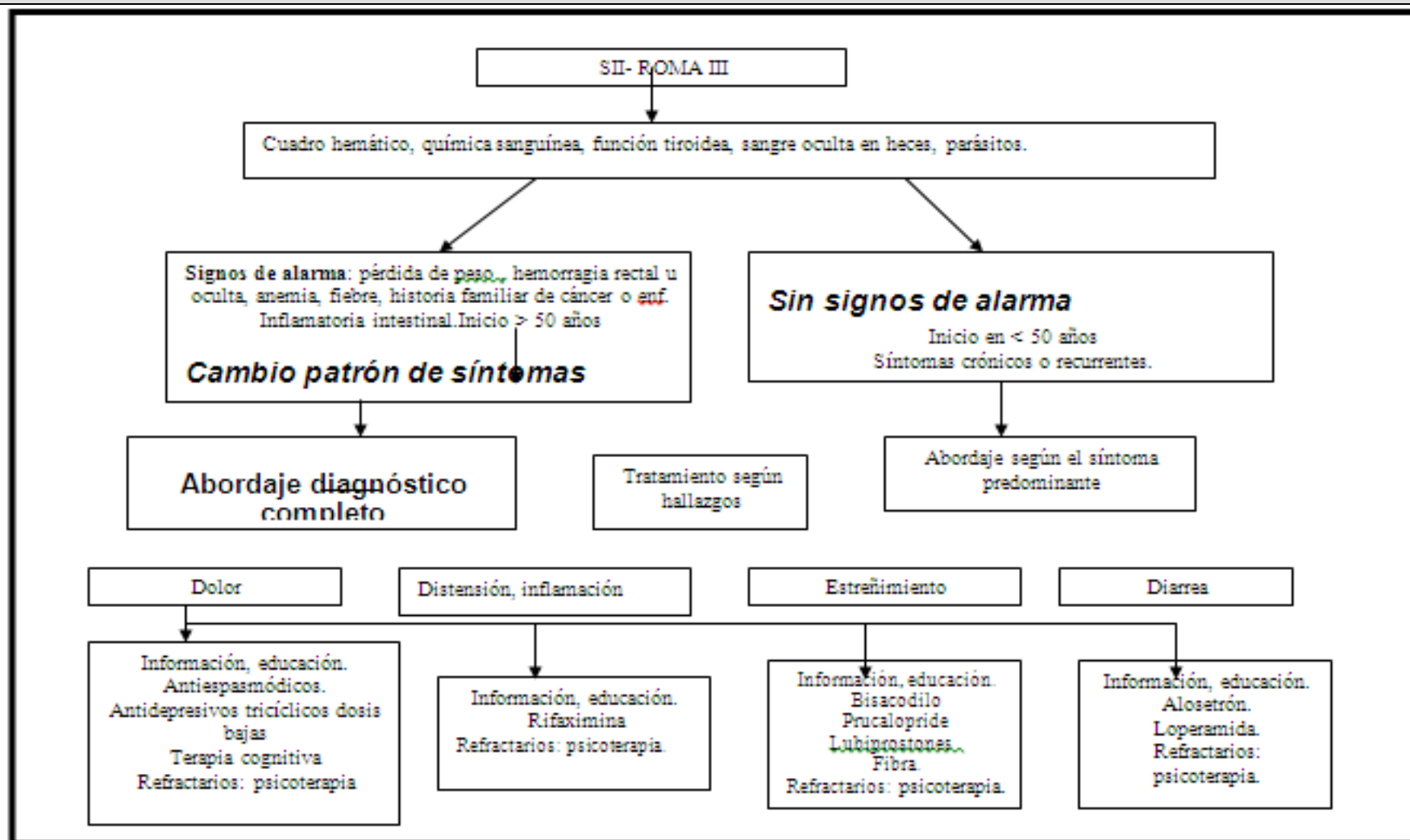
Indicar la ingestión de por lo menos 12 vasos de agua al día.

Uso de laxantes como bisacodilo, picosulfato de sodio (ver guía de estreñimiento)

Uso de Nuevos agentes como lubiprostone, linaclotide o prucalopride (ver guía de estreñimiento).

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	7 de 9		

6. ALGORITMO

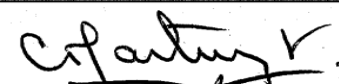
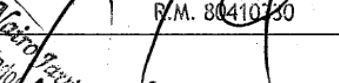
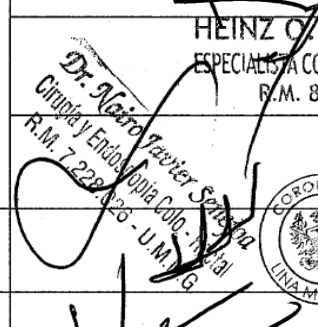
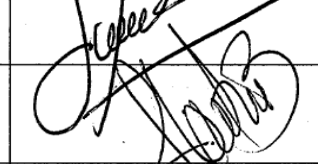
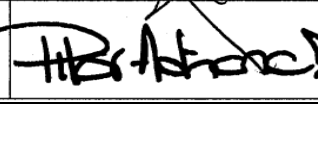


GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	8 de 9		

7. CONTROL DE CAMBIOS				
ACTIVIDADES QUE SUFRIERON CAMBIOS		OBSERVACIONES DEL CAMBIO	MOTIVOS DEL CAMBIO	FECHA DEL CAMBIO
ID	ACTIVIDAD			
1				

8. ANEXOS				
BIBLIOGRAFIA Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, Spiegel BM, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. <i>Am J Gastroenterol</i> . Jan 2009;104 Suppl 1:S1-35. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. <i>Cochrane Database Syst Rev</i> . Aug 10 2011;CD003460 Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. <i>Am J Gastroenterol</i> . Jan 2012;107(1):28-35. WGO practice guideline on Irritable bowel syndrome: a global perspective. WGOJ. 2009. Camilleri Michael. Peripheral Mechanisms in Irritable Bowel Syndrome. <i>N Engl J Med</i> 2012;367:1626-35.				

GUIA DE MANEJO	SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE	CODIGO	CI-COLO-GM-19	VERSION	01
		Página:	9 de 9		

APROBACIÓN					
	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA	
ELABORÓ	Dr. Carlos Martínez	Coloproctologo	Octubre de 2015		
	Dr. Heinz Ibáñez				
	Dr. Nairo Senejoa				
REVISÓ	CR. Lina María Mateus Barbosa	Líder Área Coloproctología	Octubre de 2015		
APROBÓ	CR. MD. Juan Carlos Luque Suárez	Jefe de Unidad del Sector Defensa – Unidad Clínico Quirúrgica	Octubre de 2015		
	BG. MD. Clara Esperanza Galvis Díaz	Subdirector Sector Defensa – Subdirección Medica	Octubre de 2015		
PLANEACION –CALIDAD Revisión Metodológica	SMSM. Pilar Adriana Duarte Torres	Coordinadora Grupo Gestión de Calidad Integral	Octubre de 2015		