# INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Intestino Irritable SII es una condición orgánica de origen multifactorial, caracterizada principalmente por el dolor abdominal y cambio en el patrón defecatorio.

Este síndrome impacta considerablemente la calidad de vida de las personas, generando interferencias en actividades cotidianas como la alimentación, el descanso, el trabajo y las relaciones sexuales, lo que resulta una preocupación constante por la salud.

Según cuestionarios estandarizados, la calidad de vida de las personas con este síndrome es inferior incluso a la de pacientes con enfermedades crónicas como el reflujo gastroesofágico, la hepatitis, diabetes, migraña y pancreatitis crónica. Estos pacientes también presentan niveles más altos de ansiedad, depresión y somatización, así como una menor vitalidad y autoestima, lo que puede limitar su expresión emocional y su participación en actividades sociales.

Además de los impactos en la calidad de vida, estudios, incluyendo algunos realizados en nuestro país, muestran importantes implicaciones socioeconómicas. En promedio, los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable se ausentan del trabajo o los estudios entre 8.5 y 21.6 días al año.

El diagnóstico de este síndrome suele requerir múltiples consultas médicas, con un promedio de cinco estudios previos por paciente.

Por tanto, elaborar una guía basada en evidencia científica para el personal de salud de la Universidad, que facilite el diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento adecuado, contribuirá significativamente a mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria.

# OBJETIVO

Esta guía tiene como objetivo orientar al personal de salud que brinda servicios de atención en la Universidad Católica de Manizales para abordar de manera adecuada el síndrome de intestino irritable.

# ALCANCE

Esta guía es pertinente para la población adolescente, joven y adulta, sin importar su sexo, raza, origen o situación social. Está destinada para aquellos que utilizan los servicios médicos de la universidad, y las intervenciones sugeridas deben ser implementadas por todos los profesionales responsables de su atención.

**RESPONSABLE**

Medico de los servicios de salud.

# DEFINICIÓN

# El síndrome del intestino irritable (SII) es una enfermedad crónica, orgánica, multifactorial, con un impacto negativo en la calidad de vida; antes se consideraba un trastorno funcional digestivo, sin embargo, el término funcional fue reemplazado por orgánico debido a su interpretación. El SII es caracterizado por dolor abdominal crónico y alteraciones en el hábito deposicional sea en frecuencia y/o consistencia (1).

# Estudios muestran un aumento de linfocitos intraepiteliales y mastocitos en el colon de pacientes con SII, sugiriendo que la microinflamación podría contribuir a la hipersensibilidad de las terminaciones nerviosas intestinales, exacerbando los síntomas; considerando el SII como un trastorno de la interacción del eje intestino cerebro.

# Dentro de las alteraciones orgánicas en el SII se encuentran las siguientes: Alteración de la motilidad gastrointestinal, hipersensibilidad visceral, inflamación intestinal de bajo grado, infecciones gastrointestinales previas, alteraciones genéticas y epigenéticas, alteración de la absorción de sales biliares, alteración del microbioma, sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado, respuesta inmunológica anormal a componentes de la dieta, alteración de la interacción del eje intestino cerebro, activación del sistema inmune y autoinmunidad (1).

# Aunque no se comprenden completamente los cambios detectados en los exámenes diagnósticos, el SII se subdivide según el síntoma predominante: constipación, diarrea, alternancia entre ambos (SII mixto) o deposiciones que no se clasifican como diarrea ni estreñimiento (SII indeterminado) (2,3).

# La etiología del SII generalmente es desconocida, pero puede estar relacionada con antecedentes de estrés o una gastroenteritis aguda, y factores genéticos y ambientales también pueden influir en su desarrollo. El impacto en la vida del paciente es significativo, siendo la segunda causa más común de ausentismo laboral.

# A nivel mundial la prevalencia de SII es de 10-15% y a nivel nacional del 4,3%, con una menor incidencia en adultos mayores de 50 años y una mayor prevalencia en mujeres en comparación con hombres (4-7).

# INORMACIÓN GENERAL

# SINTOMATOLOGÍA

# Los síntomas del SII deben presentarse durante los últimos tres meses con un seguimiento total de seis meses, se debe realizar una revisión completa de la historia clínica, en donde a todo paciente potencial a desarrollar SII, se le deben indagar los siguientes síntomas:

* **Dolor o malestar abdominal:** El dolor o malestar abdominal es un síntoma exigido como criterio diagnóstico sin el cual no podemos hablar de SII. Suele describirse como sensación de calambres con intensidad variables y exacerbación periódica tipo cólico; la intensidad del dolor puede variar de acuerdo con la intensidad de las contracciones y es característico que el dolor se asocie con el momento de realizar la defecación bien sea para aumentarlo o para aliviarlo, de la misma manera el estrés emocional, pueden exacerbar los episodios. Por otra parte, puede presentarse distensión abdominal con aumento de las flatulencias o eructos (8-10).
* **Diarrea:** La diarrea suele ser diurna, generalmente postprandial, semilíquida o líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecatoria o tenesmo, y puede también ser precedida de dolor cólico abdominal. Este tipo de diarrea no se asocia a fiebre ni rectorragia, aunque puede existir mucorrea. Generalmente es de pequeño a moderado volumen (11).

* **Estreñimiento:** El estreñimiento suele ser de heces duras como en forma de bolitas, que se eliminan con esfuerzo defecatorio, tenesmo y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre.

Cuando se interroga al paciente se debe evaluar de acuerdo con la escala de Bristol, en la cual se establecen siete tipos de deposiciones que van desde compactas en forma de bola, hasta completamente líquidas y acuosas:

Interfaz de usuario gráfica, Texto

Descripción generada automáticamente

Escala de Bristol de las heces

Fuente: Otero R. W, Otero P. L, Marulanda F. H (1).

* **Otros síntomas digestivos:** La distensión abdominal puede ser muy llamativa en algunos enfermos. También es común que estos pacientes aquejan síntomas digestivos como la pirosis, presente hasta en el 46.5% de los pacientes, o bien trastornos funcionales como la dispepsia funcional, que se puede observar hasta en el 47,6% de los pacientes con SII.
* Algunas manifestaciones clínicas extradigestivas son significativamente más frecuentes en los pacientes con SII que en la población general. El SII puede asociarse también a otras enfermedades extradigestivas entre las que cabe destacar la fibromialgia, presente en alrededor de 32.5% de los pacientes con SII, el síndrome de fatiga crónica en un 51%, el dolor abdominal pélvico crónico, observado en el 49,9% de las mujeres que padecen de SII, o la disfunción temporomandibular.

**Síntomas y signos de alarma (bandera roja)**

Texto

Descripción generada automáticamente

Figura 2. Síntomas y signos de alarma

Fuente: Otero R. W, Otero P. L, Marulanda F. H (1).

* Edad de inicio de síntomas o cambios en el hábito intestinal en pacientes mayores de 50 años de edad.
* Pérdida ponderal involuntaria de más de 10% en 6 meses.
* Historia familiar de malignidad gastrointestinal.
* Fiebre.
* Hematoquecia.
* Diarrea asociada a deshidratación grave.
* Asociación con artritis, lesiones cutáneas, linfadenopatía, masa abdominal, síntomas nocturnos, anemia, leucocitosis o velocidad de sedimentación globular prolongada, o sangre oculta en heces positiva.

Adicionalmente, se establece que el cuestionario llamado “Irritable bowel syndrome severity scoring system” (12), es utilizado por un período de 10 días con el fin de establecer la intensidad de los siguientes 5 síntomas: dolor abdominal, distensión, frecuencia de deposiciones, consistencia de las deposiciones e interferencia con las actividades cotidianas, actualmente se encuentra traducido al español y se convierte en una herramienta de ayuda al momento de definir la gravedad de los síntomas (13).

# DIAGNÓSTICO

**Evaluación inicial**

Deberá sospecharse el síndrome ante la consulta del paciente con presencia de dolor abdominal, distensión con o sin hinchazón abdominal, y cambio en frecuencia y consistencia de las heces en los últimos tres meses. El dolor abdominal es un síntoma necesario para el diagnóstico y la distensión abdominal es reportada por el 90% de los pacientes (1).

El historial médico orienta para identificar las manifestaciones clínicas del SII, este interrogatorio se debe acompañar de la evaluación de la escala de bristol, el cual orienta acerca de la consistencia de las heces, realizando una clasificación de 7 tipos de estreñimiento (14). Los síntomas que más acompañan este tipo de pacientes y que se realizará la búsqueda son esfuerzo excesivo al momento de realizar deposición, aumento en la frecuencia de los gases, heces duras, molestia abdominal, sensación de evacuación incompleta (15).

Posterior al abordaje inicial se deberá realizar un abordaje de los síntomas según los criterios de ROMA IV.

**Criterios de Roma IV**

Estrategia diagnóstica aceptada internacionalmente que identifica el dolor abdominal funcional recurrente al menos 1 día a la semana en los últimos 3 meses relacionado con dos o más de los siguientes:

* Se relaciona con la defecación.
* Se asocia con escaso número de deposiciones (menos de 3/semana).
* Se asocia a deposiciones duras o bolas.

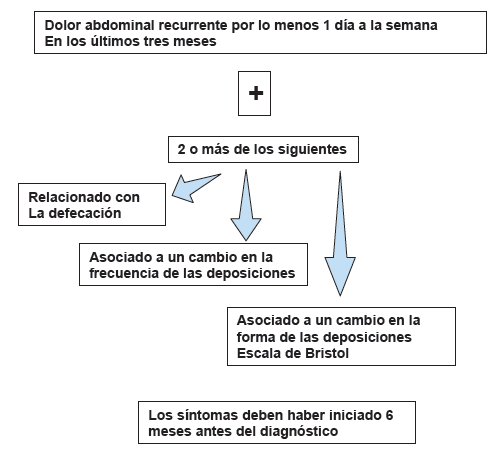


Figura 1. Criterios ROMA IV

Fuente: Otero R. W, Otero P. L, Marulanda F. H (1).

Adicional:

* Esfuerzo excesivo al menos 25% de las deposiciones.
* Heces duras al menos 25% de las deposiciones.
* Sensación de evacuación incompleta al menos 25% de las deposiciones.
* Sensación de obstrucción anal al menos en el 25% de las deposiciones.
* Maniobras manuales para facilitar la defecación 25% de las deposiciones.
* Menos de 3 deposiciones espontáneas completas a la semana (16 - 18).

De acuerdo con la evaluación realizada se establecerá si el paciente presenta uno de los subtipos de SII, en los cuales el hábito intestinal predominante de acuerdo a la escala de Bristol establecerá con seguridad el patrón determinado.

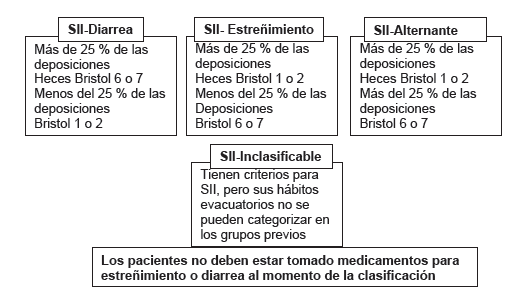


Figura 4. Subtipos de SII

Fuente: Otero R. W, Otero P. L, Marulanda F. H (1).

* SII con estreñimiento predominante: Cuando el paciente informa que las deposiciones predominantes son del tipo 1 y 2 de la escala de Bristol.
* SII con diarrea predominante: el paciente informa que las deposiciones anormales suelen ser tipo 6 y 7 en la escala Bristol.
* SII con hábitos alternantes: los pacientes presentan deposiciones que van del estreñimiento a la diarrea de forma alternada.
* SII inclasificable: paciente que cumple los criterios ROMA IV sin embargo en la escala Bristol no es preciso clasificarlo en uno de los tres subtipos.

En aquellos pacientes en los cuales no hay mejoría de los síntomas a pesar de 6 a 12 semanas de tratamiento se deberá indicar la toma de muestra de calprotectina fecal o lactoferrina fecal para establecer el diagnóstico diferencial con enfermedad inflamatoria intestinal (4).

Otras condiciones médicas con las cuales debe hacerse diagnóstico diferencial son: enfermedad de Crohn, porfiria, isquemia, pancreatitis crónica, linfoma del tracto gastrointestinal y endometriosis (5).

Finalmente, aquellos pacientes con banderas rojas, aunque cumplan los criterios de SII, deben remitirse a exámenes complementarios (1).

# TRATAMIENTO

El tratamiento deberá ser escalonado, racional y en función de la etapa de la enfermedad junto con el síntoma predominante. Además, será combinado, farmacológico y no farmacológico, en función de la situación particular del paciente (condición clínica, posibilidades, cultural) (4).

**No farmacológico**

De manera inicial se realizan medidas higiénico dietéticas para el manejo del SII así:

**Ejercicio aeróbico regular** (ajustado a condiciones del individuo y preferencias), esta medida ha demostrado una mejoría significativa en la presencia de síntomas como la distensión abdominal y la retención de gas (23), la consistencia de las heces y de la misma manera mejoran aspectos que influyen en el SII como el estrés y la ansiedad (24-26).

**Ingesta adecuada de líquido entre 1,5 a 2 litros/día.** Esta es una recomendación realizada por la mayoría de las guías clínicas, se ha encontrado que consumir 2 litros asociado a un aumento de la ingesta de fibra mejora la frecuencia de las deposiciones, sin embargo, siempre debe acompañarse de otras medidas, ya que la ingesta por sí sola no ha demostrado impacto (27-30).

**Ingesta de 25 a 30 gramos de fibra soluble en la dieta del día**. Se debe tener en cuenta que el consumo de la fibra debe ser progresivo, de la misma manera si bien puede mejorar la frecuencia de las deposiciones, también puede aumentar el dolor abdominal y la distensión especialmente en los casos de SII con estreñimiento. La fibra soluble (ispagula, psilio) es apropiada para el tratamiento sintomático del estreñimiento, mientras que la fibra insoluble (salvado de trigo, fibra de maíz) no ha demostrado los mismos resultados (31).

**Dieta equilibrada.** En diferentes estudios clínicos se evidenció que la ingesta de trigo aumentó el dolor abdominal y la distensión (32), por otra parte, la lactosa y el gluten no demostró impacto o diferencia entre personas con SII y personas sanas (33).

Evaluar de manera individual la exclusión del sorbitol, grasas, alcohol, trigo, frutos secos o la leche, ya que de manera general no se ha demostrado que mejoran la sintomatología, sin embargo, algunas personas presentan problemas específicos con este tipo de alimentos.

**Patrón comidas:** regular, porcionado. Evitar comidas copiosas, grasas, fibra insoluble y alimentos flatulentos

**Probióticos:** Se recomienda usar probióticos para mejoría global de síntomas, calidad de vida, distensión abdominal y flatulencias.

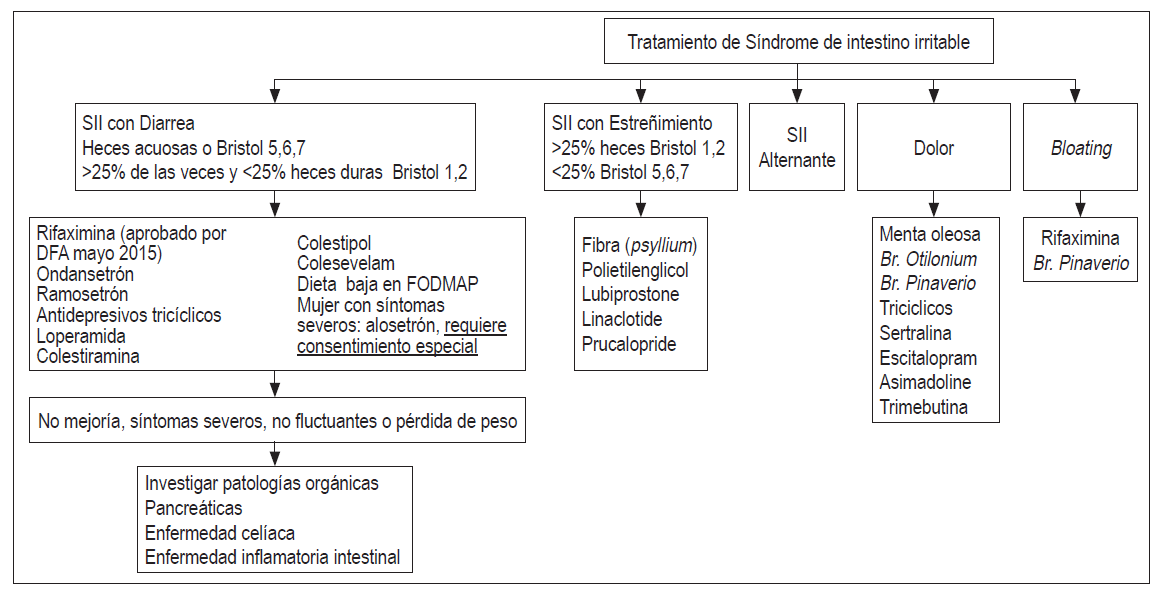
**Terapias psicológicas:** Se sugiere realizar terapias psicológicas (la terapia cognitivo conductual, la terapia de relajación, la terapia psicológica de componentes múltiples y la psicoterapia dinámica) como tratamiento complementario en aquellos pacientes que no han respondido a otras intervenciones farmacológicas y no farmacológicas luego de tres a seis meses de tratamiento adecuado y en aquellos pacientes en quienes adicionalmente se contemple una afectación importante en la esfera emocional para mejorar algunos síntomas y la calidad de vida (4).

Para que las medidas anteriormente citadas tengan éxito también se debe llevar a cabo orientaciones como:

* Facilitar recordatorios.
* Elaborar calendarios de cumplimiento.
* Proveer información sobre la fisiopatología, acorde a nivel cultural.
* Incluir a los familiares y cuidadores.

**Farmacológico**

A continuación, se muestra el tratamiento farmacológico en función de la clasificación del SII:



Tratamiento de Síndrome de Intestino Irritable

Fuente: Guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento del SII (4).

* **SII con estreñimiento:** sin respuesta al manejo dietario, se indicará laxantes osmóticos (polietilenglicol) como primera línea de tratamiento seguidos de secretagogos (linaclotide, lubiprostone, plecanatide o tenapanor). En los episodios agudos de estreñimiento se indicará laxantes estimulantes (bisacodilo o picosulfato de sodio).

Este tipo de laxantes ha demostrado mejoría en la frecuencia de deposiciones, pero no en el dolor abdominal y la distensión. El polietilenglicol demostró mejor efectividad frente a la lactulosa (34-37).

* **SII con diarrea:** se indicará loperamida como primera línea de tratamiento seguido de rifaximina, ondansetrón, alosetrón, ramosetrón o eluxadolina. ***No usar difenoxilato en el tratamiento del episodio agudo de diarrea y SII.***

La loperamida es efectiva en el tratamiento sintomático de la diarrea asociada al SII, aunque no para la mejoría global del mismo.

**SII con dolor abdominal:** se indicará antiespasmódico como primera línea seguido de neuromoduladores (antidepresivos).

Los antiespasmódicos han sido útiles en la mejoría de síntomas como el dolor y la distensión abdominal, sin embargo, pueden provocar sequedad bucal y estreñimiento teniendo presente que la presencia de estos es baja (38).

***En pacientes con síndrome de intestino irritable con estreñimiento, se deben evitar los antidepresivos tricíclicos, porque pueden empeorarlo; en pacientes con síndrome de intestino irritable con diarrea, se deben evitar los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, porque pueden empeorar este síntoma (39)*.**

* **SII con síntomas globales:** uso de antagonistas de receptores de 5-hidroxitriptamina (5-HT 3), antiespasmódicos, neuromoduladores (antidepresivos), rifaximina, agonistas receptores 5HT4, agonistas-antagonistas opiáceos y secretagogos para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable (según manifestación predominante).

La pucaloprida es un agonista del receptor 5-HT4 a nivel intestinal, encargado de estimular la motilidad intestinal, el peristaltismo y tránsito intestinal, este medicamento en los diferentes estudios ha demostrado mejoría en el estreñimiento, dolor, distensión abdominal y calidad de vida (40).

En conclusión, se observa como existe una lista de recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas para el manejo del SII. En donde la adherencia y cumplimiento del tratamiento es un factor indispensable para el éxito y la mejoría de los síntomas.

Paciente con cuadro de dolor abdominal al menos tres días por mes en los últimos tres meses y cumple criterios de Roma IV

# FLUJOGRAMA

Paciente con estreñimiento

Paciente tiene deposiciones diarreicas

Realizar examen físico completo para descartar otras patologías causantes del cuadro

Realizar examen físico completo para descartar otras patologías causantes del cuadro

Inicie con laxantes formadores de masa o laxantes con efecto osmótico, si hay dolor abdominal utilice un medicamento anticolinérgico.

La fibra soluble es apropiada para el tratamiento sintomático

Cuando hay diarrea severa puede utilizarse loperamida.

Si hay dolor abdominal utilice un medicamento anticolinérgico

Considere la necesidad de iniciar un antidepresivo tricíclico

En ambos casos realice tratamiento no farmacológico: Actividad física, medidas dietéticas, psicoterapia en caso necesario

Tome en cuenta los signos de alarma para el abordaje del paciente

Edad 50 años

Anorexia

Perdida involuntaria de peso >5% en tres meses

Estreñimiento reciente en ancianos

Síntomas nocturnos

Sangrado rectal

Anemia, leucocitosis

Masa abdominal

Masa rectal

Historia familiar de primer grado

Cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad celiaca

BIBLIOGRAFÍA

# Otero R. W, Otero P. L, Marulanda F. H. Síndrome de intestino irritable (SII): Nuevos conceptos en 2023. Medicina [Internet]. 2022 [citado el 16 de mayo de 2024];44(3):347–71. Disponible en: <https://www.mendeley.com/catalogue/0b44a56a-34d0-3cd4-9067-603d664edc99/>

1. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult [Internet]. Isciii.es. [citado el 16 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n6/especial.pdf>.
2. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. Guía de práctica clínica. Síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial (Parte 1). Med Gen Fam [Internet]. 2017;6(1):23–35. Disponible en: <https://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas/v6n1/mgyf_v6n1_2017_005.pdf>.
3. Colombia. Guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento del Síndrome de intestino irritable en la población adulta. Actualización y recomendaciones. Sociedad Colombiana de Gastroenterología y universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC, agosto 2021. Alma digital S.A.S
4. Escobar TG, Romo AG. Diagnóstico y manejo integral del SII. Pol. Con. (Edición núm. 84) Vol. 8, No 7 Julio 2023, pp. 923-943
5. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2012;10(7):712-721.e4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029>
6. Lovell RM, Ford AC. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: Systematic review and meta-analysis. Am J Gastroenterol [Internet]. 2012 [citado el 16 de mayo de 2024];107(7):991–1000. Disponible en: <https://journals.lww.com/ajg/abstract/2012/07000/effect_of_gender_on_prevalence_of_irritable_bowel.9.aspx>
7. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology [Internet]. 2006 [citado el 21 de mayo de 2024];130(5):1480–91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16678561/>
8. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: A clinical review. JAMA [Internet]. 2015 [citado el 21 de mayo de 2024];313(9):949. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2174034>
9. Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, Damiao A, Francisconi C, Frugone L, et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable. Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2004;27(5):325–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/s0210-5705(03)70470-1>
10. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. BMJ [Internet]. 1978;2(6138):653–4. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/bmj/2/6138/653.full.pdf>
11. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol [Internet]. 1997;32(9):920–4. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.3109/0036552970901120>
12. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 1997;11(2):395–402. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2036.1997.142318000.x>
13. Almansa C, García-Sánchez R, Barceló M, Díaz-Rubio M, Rey E. Translation, cultural adaptation and validation of a Spanish version of the Irritable Bowel Syndrome Severity Score. Rev Esp Enferm Dig [Internet]. 2011 [citado el 22 de mayo de 2024];103(12):612–8. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011001200002&lng=en&nrm=iso&tlng=en>
14. Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea‐predominant irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2016;44(7):693–703. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/apt.13746>
15. Johanson JF, Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2007;25(5):599–608. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2006.03238.x>
16. Pontet Y, Olano C. Prevalencia de síndrome de intestino irritable en América Latina. Rev Gastroenterol Peru [Internet]. 2021 [citado el 22 de mayo de 2024];41(3):144. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292021000300144>
17. Simren M, Palsson OS, Whitehead WE. Update on Rome IV criteria for colorectal disorders: Implications for clinical practice. Curr Gastroenterol Rep [Internet]. 2017 [citado el 22 de mayo de 2024];19(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28374308/>
18. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. Gastroenterology [Internet]. 2016;150(6):1393-1407.e5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>
19. Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. Gastroenterology [Internet]. 2006;130(5):1510–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.064>
20. Wald A, Bharucha AE, Cosman BC, Whitehead WE. ACG clinical guideline: Management of benign anorectal disorders. Am J Gastroenterol [Internet]. 2014 [citado el 22 de mayo de 2024];109(8):1141–57. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25022811/>
21. Rao SSC, Meduri K. What is necessary to diagnose constipation? Best Pract Res Clin Gastroenterol [Internet]. 2011;25(1):127–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpg.2010.11.001>
22. Videlock EJ, Lembo A, Cremonini F. Diagnostic testing for dyssynergic defecation in chronic constipation: meta‐analysis. Neurogastroenterol Motil [Internet]. 2013 [citado el 22 de mayo de 2024];25(6):509. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23421551/>
23. Villoria A, Serra J, Azpiroz F, Malagelada J-R. Physical activity and intestinal gas clearance in patients with bloating. Am J Gastroenterol [Internet]. 2006 [citado el 22 de mayo de 2024];101(11):2552–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17029608/>
24. Johannesson E. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. World J Gastroenterol [Internet]. 2015 [citado el 22 de mayo de 2024];21(2):600. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v21/i2/600.htm>
25. Johannesson E, Simrén M, Strid H, Bajor A, Sadik R. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. Am J Gastroenterol [Internet]. 2011 [citado el 22 de mayo de 2024];106(5):915–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21206488/>
26. Bove A. Consensus statement AIGO/SICCR: Diagnosis and treatment of chronic constipation and obstructed defecation (part I: Diagnosis). World J Gastroenterol [Internet]. 2012;18(14):1555. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i14.1555>
27. Ternent CA, Bastawrous AL, Morin NA, Ellis NC, Hyman NH, Buie DW. Practice parameters for the evaluation and management of constipation. Dis Colon Rectum [Internet]. 2007 [citado el 22 de mayo de 2024];50(12):2013–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17665250/>
28. Jm RT, Gómez EO, Me IC, Noble LA, López CA, Bielsa MV, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of constipation in Mexico. C) Medical and surgical treatment. Rev Gastroenterol Mex [Internet]. 2011 [citado el 22 de mayo de 2024];76(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21724490/>
29. Carroccio A, Mansueto P, Iacono G, Soresi M, D’Alcamo A, Cavataio F, et al. Non-celiac wheat sensitivity diagnosed by double-blind placebo-controlled challenge: Exploring a new clinical entity. Am J Gastroenterol [Internet]. 2012 [citado el 22 de mayo de 2024];107(12):1898–906. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22825366/>
30. Biesiekierski JR, Peters SL, Newnham ED, Rosella O, Muir JG, Gibson PR. No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. Gastroenterology [Internet]. 2013;145(2):320-328.e3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.04.051>
31. Awad RA, Camacho S. A randomized, double‐blind, placebo‐controlled trial of polyethylene glycol effects on fasting and postprandial rectal sensitivity and symptoms in hypersensitive constipation‐predominant irritable bowel syndrome. Colorectal Dis [Internet]. 2010 [citado el 22 de mayo de 2024];12(11):1131–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19575740/>
32. Chapman RW, Stanghellini V, Geraint M, Halphen M. Randomized clinical trial: Macrogol/PEG 3350 plus electrolytes for treatment of patients with constipation associated with irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol [Internet]. 2013 [citado el 22 de mayo de 2024];108(9):1508–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23835436/>
33. Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation. Cochrane Libr [Internet]. 2010 [citado el 22 de mayo de 2024];(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20614462/>
34. Quartero AO, Meiniche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, de Wit N. Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome. En: Quartero AO, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005.
35. Camilleri M, Kerstens R, Rykx A, Vandeplassche L. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation. N Engl J Med [Internet]. 2008;358(22):2344–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa0800670>
36. Tack J, van Outryve M, Beyens G, Kerstens R, Vandeplassche L. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. Gut [Internet]. 2009 [citado el 22 de mayo de 2024];58(3):357–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18987031/>
37. Quigley EMM, Vandeplassche L, Kerstens R, Ausma J. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation – a 12‐week, randomized, double‐blind, placebo‐controlled study. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2009;29(3):315–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03884.x>
38. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EMM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. Gut [Internet]. 2009 [citado el 23 de mayo de 2024];58(3):367–78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19001059/>
39. Vahedi H, Merat S, Rashidioon A, Ghoddoosi A, Malekzadeh R. The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation‐predominant irritable bowel syndrome: a double‐blind randomized‐controlled study. Aliment Pharmacol Ther [Internet]. 2005;22(5):381–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2036.2005.02566.x>

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Mónica Liliana Salgado | Aseguramiento de la Calidad | Rectoría | Febrero de 2025 |
| **Actualizó**  Jenny Enith Ramírez Aguirre  Leydi Viviana Rincón Alarcón | Mónica Liliana Salgado | Comité de Calidad | Junio de  2024 |

* **CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **VERSIÓN** | **ÍTEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Agosto de 2015 | 1 | Todo el documento | Creación del documento |
| Agosto de 2017 | 2 | Revisión periódica | Normatividad |
| Agosto de 2019 | 3 | Revisión periódica | Normatividad |
| Mayo de 2024 | 4 | Se modifica redacción en Justificación, objetivos, alcance, diagnóstico y tratamiento.  Se actualiza definición, signos y síntomas de alarma.  Se actualiza figura Escala de Bristol de las heces.  Se incorporan figuras de signos y síntomas de alarma, criterios ROMA IV, subtipos de SII, Tratamiento farmacológico. | Estructura del documento |