**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES**

**VICERRECTORÍA DE BIENESTAR Y PASTORAL UNIVERSITARIA**

**SERVICIO MÉDICO**

**GUÍA DE ATENCIÓN DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

1. **OBJETIVO DE LA GUÍA:**

Basada en evidencia científica disponible esta guía pretende orientar al personal médico que presta los servicios de salud en la universidad para el abordaje adecuado del síndrome de intestino irritable

1. **JUSTIFICACIÓN:**

El Síndrome de Intestino Irritable impacta considerablemente de forma negativa la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere con las actividades cotidianas, la dieta, el sueño, el trabajo, las distracciones y el funcionamiento sexual, desencadenando una preocupación constante en el estado de salud. De todos los síntomas el que más afecta la calidad de vida es el dolor/malestar abdominal.

De acuerdo a los cuestionarios estandarizados la calidad de las personas con Síndrome de Intestino Irritable es menor que en enfermedades crónicas como reflujo gastroesofágico, hepatitis C, diabetes, migraña y pancreatitis crónica.

Además, los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable tienen mayor ansiedad, depresión, somatización, y menor vitalidad y autoestima, la cual experimenta e inhibe sus emociones negativas y evita contactos sociales.

Cabe destacar que además de la afección en la calidad de vida, diversos estudios,

incluyendo algunos realizados en nuestro país, revelan que esta enfermedad tiene

implicaciones socioeconómicas importantes. En promedio, los sujetos con Síndrome de Intestino Irritable se ausentan de su trabajo o estudio anualmente entre 8.5 y 21.6 días.

Se ha informado que para establecer el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, el número de consultas promedio es de 3.6, con un promedio de 5 estudios previos por paciente.

Por lo tanto realizar una guía basada en evidencia científica que le permita al personal médico de la universidad realizar el diagnóstico temprano e iniciar oportunamente el tratamiento indicado, contribuirá a la calidad de vida de la comunidad universitaria

1. **ALCANCE:**

Esta guía es aplicable a la población adolescente, joven y adulta, de todos los sexos, razas, procedencia y condiciones sociales; usuaria del servicio médico de la universidad y las intervenciones aquí propuestas deben ser aplicadas por todos los profesionales que se encargan de su atención

1. **DEFINICIÓN**

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional digestivo que se caracteriza clínicamente por la asociación de dolor o molestia abdominal y alteraciones en el hábito deposicional. Se incluye entre los trastornos funcionales porque no se conoce que tenga una causa orgánica, y en la actualidad parece deberse a anomalías de la función digestiva, especialmente de la motilidad o de la sensibilidad. No obstante, cada vez son más los indicios de fenómenos microinflamatorios en el SII. Así, se ha descrito un aumento de los linfocitos intraepiteliales y de los mastocitos (y mastocitos activados) en el colon de los pacientes con SII. Se especula que esta microinflamación podría ser el origen de la hipersensibilidad de las terminales nerviosas de la pared intestinal que contribuye a inducir o perpetuar los síntomas

En la mayoría de los casos no hay una causa conocida que origine el SII, aunque puede estar relacionada con el antecedente de acontecimientos estresantes previos o con una gastroenteritis aguda. También hay datos que respaldan la influencia de factores tanto genéticos como ambientales familiares en la aparición del SII.

1. **CLASIFICACIÓN**

Los pacientes con síndrome de intestino irritable pueden ser clasificados dependiendo del tránsito intestinal predominante:

* Síndrome de intestino irritable con predominancia de diarrea
* Síndrome de intestino irritable con predominancia de constipación
* Síndrome de intestino irritable con alternancia entre diarrea y constipación
1. **SINTOMATOLOGÍA:**
* Dolor o malestar abdominal: El dolor o malestar abdominal es un síntoma exigido como criterio diagnostico sin el cual no podemos hablar de SII. Suele ser cólico, de localización variable, y su intensidad suele modificarse con la defecación o las ventosidades.
* Diarrea: La diarrea suele ser diurna, generalmente postprandial, semilíquida o líquida, acompañada en muchas ocasiones de urgencia defecatoria, y puede también ser precedida de dolor cólico abdominal. Este tipo de diarrea no se asocia a fiebre ni rectorragia, aunque puede existir mucorrea.

* Estreñimiento: El estreñimiento suele ser de heces duras que se eliminan con esfuerzo defecatorio y que se puede acompañar con mucosidad sin sangre. Suele acompañarse de distensión abdominal. Es más frecuente en la mujer que en el hombre, al igual que sucede con la mucorrea, la distensión abdominal o la sensación de evacuación incompleta

En el siguiente cuadro tenemos una ilustración para interrogar al paciente con respecto a las características de las heces:



* Otros síntomas digestivos: La distensión abdominal puede ser muy llamativa en algunos enfermos. También es común que estos pacientes aquejen 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 Síndrome de intestino irritable.
* Algunas manifestaciones clínicas extradigestivas son significativamente mas 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.

**SIGNOS DE ALARMA**

* Edad de inicio de síntomas o cambios en el hábito intestinal en pacientes mayores de 50 años de edad.
* Pérdida ponderal involuntaria más de 10% en 6 meses.
* Historia familiar de malignidad gastrointestinal.
* Fiebre.
* Hematoquezia.
* 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.
1. **ABORDAJE DIAGNÓSTICO**
2. **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ROMA III DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**
3. Dolor o molestia abdominal recurrente al menos tres días por mes en los últimos tres meses relacionado con dos o más de los siguientes:
* Mejoría con la defecación
* Comienzo coincidente con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
* Comienzo coincidente con un cambio en la consistencia de las deposiciones

Como molestia se entiende una sensación desagradable que no se describe como dolor

Los criterios deben cumplirse durante los últimos tres meses y los síntomas, haber comenzado un mínimo de seis meses antes del diagnóstico

1. **ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

No es necesario realizar estudios en pacientes que cumplen con los criterios clínicos del SII y que no tienen signos o síntomas de alarma, ya que la prevalencia de enfermedad orgánica en pacientes con SII no es mayor que en la población general. Sin embargo, hay algunos escenarios clínicos en los cuales se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

**1)** En pacientes mayores de 50 años se recomienda la realización de biometría completa, velocidad de sedimentación globular y sangre oculta en heces, y la remisión a otro nivel de atención para que se defina la necesidad de realización de estudios para escrutinio de neoplasias colorrectales como por ejemplo colon por enema, rectosigmoidoscopia flexible y/o colonoscopia.

 **2)** Independientemente de la edad en presencia de datos de alarma se recomienda la realización de biometría completa, velocidad de sedimentación globular y sangre oculta en heces y la remisión a otro nivel de atención para que se defina la necesidad de realización de estudios para escrutinio de neoplasias colorrectales como por ejemplo colon por enema, rectosigmoidoscopia flexible y/o colonoscopia.

**3)** En pacientes con SII-Diarrea existe evidencia que justifica una evaluación más detallada para excluir parasitosis. Carmona y colaboradores demostraron que el riesgo de presentar enfermedades orgánicas es mayor en los pacientes con SII-Diarrea o SII-Alternante que en los pacientes con SII-Constipación (RM 3.55, IC 95% 2.96-6.03), en ellos se recomienda la realización de coproparasitoscópicos seriados.

**4)** En los pacientes que tienen persistencia de síntomas, se sugiere excluir otras enfermedades orgánicas.

**8. TRATAMIENTO:**

* **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:**

Los síntomas a los cuales va dirigido el tratamiento farmacológico son: dolor o malestar abdominal, estreñimiento, diarrea, ansiedad y depresión. El tratamiento debe estar enfocado al síntoma predominante

-Para el estreñimiento se recomienda iniciar con laxantes formadores de masa o laxantes con efecto osmótico. 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

 -La loperamida es efectiva en el tratamiento sintomático de la diarrea

 asociada al SII, aunque no para la mejoría global del mismo

-Para el dolor abdominal se recomiendan los fármacos anticolinérgicos con efecto antiespasmódico, siempre y cuando se acompañen de modificaciones en la alimentación y el estilo de vida

-En caso de ansiedad y depresión se recomiendan los antidepresivos tricíclicos dado su efecto antimuscarínico que disminuye los síntomas como el dolor.

* **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO**

-El ejercicio físico, una dieta equilibrada y dedicar tiempo suficiente a la defecación mejoran los síntomas en el paciente con SII

 -Otras medidas propuestas son la realizacion de un diario de síntomas y

 Hábitos dietéticos que podría ayudar a identificar los posibles factores

 desencadenantes

-En algunos pacientes la cafeína, el sorbitol, el trigo, las grasas, el alcohol, los huevos, los frutos secos o la leche pueden exacerbar los síntomas del SII

-Una buena relación médico-paciente se asocia a una menor necesidad de consulta, mayor satisfacción del paciente y reducción de sus síntomas.

-Explicar exhaustivamente, en lenguaje claro, escuchar atentamente al paciente, establecer límites realistas y consistentes, implicar al paciente en el tratamiento (autocuidado)

-En pacientes que no han respondido a ningún tratamiento después de doce meses se recomienda la referencia a psicoterapia

**9. BIBLIOGRAFÍA**

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/042_GPC_ColonIrritable/IMSS_042_08_GRR.pdf>

<http://www.cochrane.es/files/sii.pdf>

<http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/sindrome-intestino-irritable-nuevos-criterios-roma-iii-13099805-articulos-especiales-2007>

<http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/guias-clinicas-diagnostico-tratamiento-gastroenterologia/articulo/13149697/>

**10. FLUJOGRAMA**

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

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 anti colinérgico.

La fibra soluble es apropiada para el tratamiento sintomático

Cuando hay diarrea severa puede utilizarse loperamida.

 Si hay dolor abdominal utilice un medicamento anti colinérgico

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 de inicio de síntomas o cambios en el hábito intestinal en pacientes mayores de 50 años de edad.
* Pérdida ponderal involuntaria más de 10% en 6 meses.
* Historia familiar de malignidad gastrointestinal.
* Fiebre.
* Hematoquexia.
* 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.

**CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró** | **Revisó** | **Aprobó** | **Fecha de vigencia** |
| Auditoria de servicios de salud | Aseguramiento de la Calidad  | Rectoría | Noviembre de 2015 |

* **CONTROL DE CAMBIOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **ITEM** | **MODIFICACIÓN** |
| Integración de estructura documental al SIG  | Control de Documentos  |