

## Sumario

### ■ EDITORIAL

#### SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE: ORIENTACIONES DE TRATAMIENTO

### ■ INTRODUCCIÓN

### ■ DIAGNÓSTICO

### ■ TRATAMIENTO

- ADECUADA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
- RECOMENDACIONES DIETÉTICAS
- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

### ■ CONCLUSIONES

### ■ BIBLIOGRAFÍA

## EDITORIAL

Como recordaréis, a principios del año 2002 os enviamos una encuesta a todos los lectores del boletín INFAC para solicitar vuestra participación en la selección de nuevos temas para el boletín. En la encuesta os propusimos una serie de temas que habíamos seleccionado por ser de interés y/o controvertidos en Atención Primaria.

Los temas señalados como más interesantes han sido los siguientes, en orden decreciente:

- Prevención y tratamiento de la osteoporosis.
- Interacciones de anticoagulantes orales.
- Utilización de analgésicos orales en atención primaria.
- Dispositivos de inhalación en el tratamiento del asma.
- Heparinas de bajo peso molecular.
- Síndrome del intestino irritable.
- Terapia con estatinas.
- Tratamiento del hombro doloroso.
- Tratamiento de la insuficiencia cardíaca.
- Nuevos antipsicóticos.
- Nuevos antihistamínicos.
- Tratamiento de la dispepsia.

Los cuatro primeros temas ya están revisados en los boletines correspondientes a los meses de junio 2002 (Interacciones de los anticoagulantes orales), julio-agosto 2002 (Analgésicos en Atención Primaria), septiembre y octubre 2002 (Osteoporosis) y enero 2003 (Cámaras de inhalación). En cuanto a las heparinas de bajo peso molecular, se va a publicar en breve una revisión realizada por Osteba. El Síndrome del intestino irritable se revisa en este número.

Se han propuesto otros muchos temas e intentaremos, en la medida de lo posible, dar respuesta a vuestras sugerencias.

Aprovechamos la ocasión para agradecer vuestra participación.

Gogoratuko zaretenez, 2002gn. urtearen hasieran inkesta bat bidali genizuen INFAC buletinaren irakurle guztiei, buletinerako gai berri batzuk aukeratzean parte har zenezaten eskatuz. Inkestan guk aukeratutako hainbat gai proposatu genizkizuen, gai interesgarriak edota eztabaidatuak zirelako, Lehen Mailako Atentzioari dagokionez.

Ondoan dituzue zuen iritiz interesgarrienak izan diren gaiak, beheranzko ordenaren arabera jarrita:

- Osteoporosiaren prebentzioa eta tratamendua.
- Ahozko antikoagulanteen elkarreragina
- Ahozko analgesikoak lehen mailako atentzian erabiltzea
- Inhalagailuen erabilera asmaren tratamenduan
- Pisu molekular baxuko heparinak
- Heste narritokorraren sindromea
- Terapia estatinekin
- Sorbalda minduaren tratamendua
- Bihotz-gutxiegitasunaren tratamendua
- Antipsikotiko berriak
- Antihistaminiko berriak
- Dispepsiaren tratamendua

Lehenengo lau gaiak ondoko buletinaz aztertu ziren: 2002ko ekainekoan (Ahozko antikoagulanteen elkarreragina), 2002ko uztailekoan (Analgésicos en Atención Primaria), 2002ko irail-urrikoan (Osteoporosis) eta 2003ko urtarrilakoan (Inhalagailuak). Pisu molekular baxuko heparinei dagokionez, laster argitaratuko da Ostebak egindako berazterketa bat. Heste narritokorraren sindromea buletin honetan aztertzen da.

*El síndrome del intestino irritable afecta en gran medida la calidad de vida.*

Beste gai asko ere proposatu dira eta ahaleginak egingo ditugu, ahal den neurrian, zuen sujerentzietan erantzuteko.

Eskerrik asko zuen parte hartzeagatik.

# SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE: ORIENTACIONES DE TRATAMIENTO

## 1. INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable (SII) es una alteración funcional del intestino, crónica, caracterizada por dolor y distensión abdominal, asociada a una alteración en la defecación (1,2).

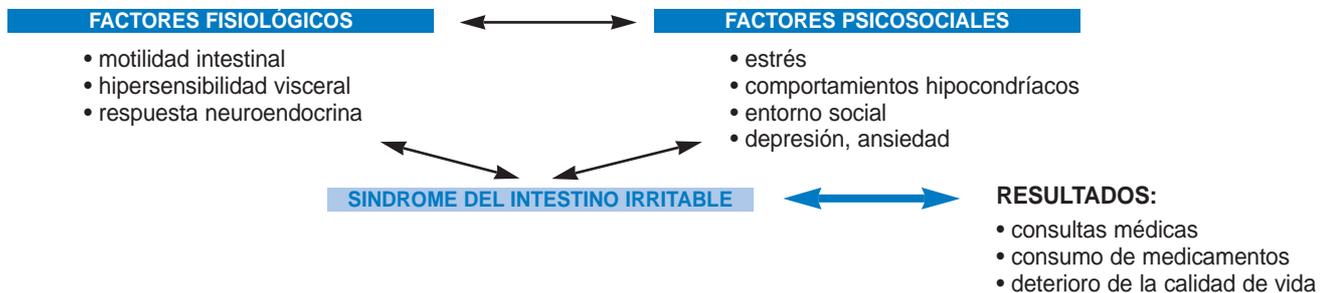
Aunque es un proceso benigno afecta en gran medida a la calidad de vida del paciente y supone unos costes directos por consultas médicas e indirectos por absentismo laboral considerables (3).

Se considera uno de los trastornos funcionales digestivos más comunes en Atención Primaria, afectando aproximadamente

al doble de mujeres que de hombres (1,4). Un estudio publicado recientemente ha hallado una prevalencia del SII en Europa del 11,5% (5).

Su etiología de momento es desconocida; no se puede detectar una causa orgánica o estructural que explique la sintomatología (1,6). Se postula que puede ser de origen multifactorial (tabla 1) ya que existen varios factores fisiológicos y psicosociales que interrelacionados predisponen a una persona a padecer este síndrome (6). Algunos pacientes (10-20%) relacionan la aparición de los síntomas con una gastroenteritis aguda (1,4).

TABLA 1. ORIGEN MULTIFACTORIAL DEL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (1,6)



## 2. DIAGNÓSTICO

Al no existir marcadores fisiopatológicos que permitan su diagnóstico, éste se basa en la aparición de:

- los 4 síntomas principales: dolor, estreñimiento, diarrea e hinchazón abdominal, y
- exploración física normal, junto a
- historia clínica detallada: mujer y menor de 45 años habitualmente, historia fluctuante, larga evolución de los síntomas (2 años), ausencia de síntomas-signos de alarma (fiebre, pérdida de peso, anemia, sangrado rectal, síntomas nocturnos) (1-4).

A la hora de hacer un diagnóstico diferencial lo más importante es descartar el cáncer colorrectal, para el que la edad

(sólo 1% se presentan antes de los 40 años) y la historia familiar son factores de riesgo (1).

Los criterios de ROME II (consenso de expertos) pueden también orientar a la hora de realizar el diagnóstico (tabla 2), pero hay que tener en cuenta que se han realizado por investigadores con el objetivo de definir el SII para poder estandarizar el tipo de pacientes a incluir en los ensayos clínicos. No existe seguridad de que estos criterios sean aplicables para Atención Primaria (1). Además, parece que muchos pacientes con SII no cumplen estos criterios tan restrictivos, por lo que no parece prudente ceñirse de forma estricta a ellos para realizar el diagnóstico (1,4).

TABLA 2. CRITERIOS DE ROME II (1)

Dolor o malestar abdominal durante al menos 12 semanas (no necesariamente consecutivas), en el último año, con al menos dos de las siguientes características:

- (1) alivio con la defecación
- (2) inicio asociado con cambios en la frecuencia de las heces
- (3) inicio asociado con cambios en la consistencia de las heces

Los siguientes síntomas añadidos apoyan el diagnóstico del SII:

- Frecuencia defecatoria alterada (>3 al día ó < 3 semanales)
- Alteración en la consistencia de las heces (duras o blandas)
- Vaciado intestinal alterado (dificultoso, urgente o sensación de evacuación incompleta)
- Emisión de moco
- Distensión abdominal

### 3. TRATAMIENTO

#### 3.1. ADECUADA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

**Una buena relación médico-paciente, especialmente en las primeras consultas, se considera fundamental para que el tratamiento sea efectivo.** Es

necesario explicar al paciente los posibles mecanismos que desencadenan los síntomas e identificar con él los desencadenantes individuales, explicarle que el SII presenta un curso fluctuante, aclararle las dudas y miedos, y tranquilizarlo acerca de la ausencia de una enfermedad grave (1,2,6).

*Una buena relación médico-paciente es fundamental*

#### 3.2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS

Aunque no hay una relación entre SII e intolerancia a alimentos (1,6), algunos pacientes identifican ciertos alimentos (productos lácteos, sorbitol, grasas, especias, alubias, café y alcohol) como desencadenantes de los síntomas (1-3). Se recomienda hacer comidas moderadas y regulares, y que cada paciente conozca y controle su alimentación sin realizar dietas demasiado restrictivas (2).

Las dietas ricas en fibra como cereales, frutas o verduras (ver INFAC 2001:vol 9 nº 10), o el consumo de salvado de trigo pueden ser beneficiosos para aliviar el estreñimiento, aunque algunos pacientes presentan intolerancia al salvado y experimentan empeoramiento de los síntomas (distensión, dolor, flatulencia) (4).

#### 3.3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El papel de los fármacos en el SII no es curativo, solamente alivian los síntomas cuando las medidas no farmacológicas no son suficientes (2).

Varios son los motivos que limitan la información disponible sobre tratamiento farmacológico (1,2):

- la existencia de ensayos clínicos con diseño deficiente
- la mayoría de los fármacos empleados no se han investigado en esta indicación
- la alta tasa de respuesta a placebo en los ensayos clínicos (media 47%)
- la dificultad para extrapolar a Atención Primaria los resultados de los ensayos clínicos realizados con pacientes tratados en Atención Especializada.

**Las guías de tratamiento actualmente en vigor apuntan a que los fármacos tienen limitada utilidad, pero que sinto-**

**mas específicos pueden responder a fármacos concretos en determinados pacientes.** Por lo tanto, el tratamiento farmacológico debe orientarse a paliar los síntomas predominantes (tabla 3) (3,4).

Una revisión sistemática de los estudios publicados hasta el año 1999 sobre el tratamiento farmacológico del SII concluyó que los antiespasmódicos podrían ser eficaces en los pacientes con dolor abdominal y que loperamida reduce la diarrea aunque no parece aliviar el dolor abdominal.

La eficacia del resto de fármacos estudiados (formadores de masa, cisaprida, domperidona, algunos antidepresivos tricíclicos, ondansetrón y alosetrón, y otros) no ha podido ser establecida (7).

En los niños la evidencia del tratamiento farmacológico es aún más pobre que en los adultos, por lo que no está recomendado (2).

*El tratamiento farmacológico debe orientarse a paliar síntomas predominantes.*

#### 3.4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

El SII no debe ser considerado como una condición puramente psicósomática, pero la psicopatología de los pacientes juega un papel fundamental, al modular las respuestas viscerales y motoras del intestino (3). En este sentido, la psicoterapia, hipnoterapia y las técnicas de relajación pueden considerarse en pacientes con SII refractario a otros tratamientos, en los casos moderados-severos, o cuando se evidencie que el estrés y los factores psicológicos exacerban los síntomas (3,4). No hay datos que apoyen un tipo de técnica psicológica frente a otra (3).

### 4. CONCLUSIONES

No hay evidencias claras de la etiología, diagnóstico ni abordaje del SII. Si a esto le añadimos la poca evidencia de eficacia de los tratamientos farmacológicos y la alta respuesta a placebo observada en los ensayos, aumentan más aún las incertidumbres.

La relación médico-paciente es uno de los pilares del abordaje de este síndrome. Se debe consensuar con el paciente el tratamiento basándose en los síntomas predominantes, el perfil de efectos adversos y la experiencia previa y preferencias del paciente.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Irritable Bowel Syndrome. *Merec Bulletin* 2000;11 (11): 41-4.
2. Irritable bowel syndrome. *Prodigy Guidance*(2002). <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=Irritable%20bowel%20syndrome>. Consultado el 13/03/2003.
3. Drossman DA, Camilleri M, Mayer E, Whitehead WE. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-31.
4. Jones J, et al. British Society of Gastroenterology guidelines for the management of irritable bowel syndrome. *Gut* 2000;47 (suppl II): ii1-ii19.
5. Hungin APS, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40000 subjects. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2003; 17(5):643-50.
6. Viera AJ, Hoag S, Shaughnessy J. Management of irritable bowel syndrome. *American Family Physician* 2002;66 (10): 1867-74.
7. Jaiwala J, Imperiale TF, Kroenke K. Pharmacologic Treatment of the Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med.* 2000;133:136-47.
8. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics* 2001;15(3): 355-61.
9. Butylscopolamine, mebeverine, otilonium, pinaverium, trimebutine. In: Gelman CR, Rumack DH, Hess AJ, editores. DRUG-DEX System. Micromedex, Inc, Englewood, Colorado; 2003.

Fecha revisión bibliográfica: marzo 2003

TABLA 3. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SEGÚN SÍNTOMA PREDOMINANTE (1-9)

SÍNTOMA PREDOMINANTE	FÁRMACO	DOSIS	COMENTARIOS
ESTREÑIMIENTO	<u>Laxantes formadores de masa de masa</u> <b>Plantago ovata o Ispaghula</b>	7-10,5 g/día (2-3 sobres/día)	Corrige el tránsito intestinal; no está clara su eficacia en aliviar el dolor. Comenzar a dosis bajas e ir aumentando progresivamente. Puede empeorar la flatulencia. Produce menos efectos adversos que el salvado de trigo.
	<u>Laxantes osmóticos</u>		Lactulosa puede ser otra opción eficaz, pero puede exacerbar el dolor abdominal.
	<u>Laxantes estimulantes</u>		Se dispone de poca evidencia sobre su eficacia en SII. No utilizar de forma crónica.
DIARREA	<b>Loperamida</b>	4-12 mg/día  Máximo: 16 mg/día	Corrige el tránsito intestinal, reduce la frecuencia y la urgencia aunque no mejora la distensión ni el dolor. Se aconseja utilizarlo a demanda y como profiláctico anticipándose al estrés. Es preferible a otros antidiarreicos como codeína y difenoxilato al producir menos efectos a nivel de SNC (sedación, dependencia).
	Colestiramina		Eficaz en diarrea inducida por malabsorción de sales biliares (10% de pacientes). Se tolera peor que loperamida y no es más eficaz que ésta.
DOLOR ABDOMINAL	<u>Antiespasmódicos directos</u>  <b>Mebeverina</b> (DUSPATALIN®)	135 mg	Administrar a demanda hasta 3 veces al día cuando aparezca el dolor ó 20 minutos antes de la comida cuando se presenten síntomas postprandiales. Pierde eficacia en uso crónico. Aunque no está clara la duración de tratamiento se aconseja un mes. Presenta pocos efectos adversos.
	<u>Antiespasmódicos anticolinérgicos</u>  Butilescopolamina (BUSCAPINA®)  <b>Otilonio</b> (SPASMOCTYL®)  Pinaverio (ELDICET®)  Trimebutina (POLIBUTIN®)	10-20 mg  40 mg 50 mg 100-200 mg	Administrar a demanda hasta 3 veces al día cuando aparezca el dolor ó 20 minutos antes de la comida cuando se presenten síntomas postprandiales. Pierden eficacia en uso crónico. Aunque no está clara la duración de tratamiento se aconseja 1 mes. Pueden presentar efectos adversos anticolinérgicos, aunque son poco frecuentes vía oral. Pinaverio puede producir irritación esofágica por lo que se aconseja administrar con un vaso de agua en las comidas. No hay datos comparativos concluyentes entre los distintos antiespasmódicos. Frente a placebo, los mejores resultados en el alivio del dolor los presenta otilonio, y los peores butilescopolamina.
	<u>Antidepresivos</u>  <b>Amitriptilina</b> (indicación no aprobada)	10-50 mg/día	Reservado en casos con síntomas recurrentes o continuos. Modifica la motilidad intestinal y la respuesta visceral alterada. Su efecto en el alivio del dolor y el espasmo aparece antes (1-7 días) y a menor dosis (50 mg) que el efecto antidepresivo. Las dosis nocturnas proporcionan mejor respuesta. El estreñimiento que produce puede ser un problema para algunos pacientes pero beneficioso en aquellos con diarrea como síntoma predominante. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina no han sido, hasta el momento, evaluados en esta indicación.
FLATULENCIA	Dimeticona Simeticona		No hay datos consistentes de su eficacia.

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu / Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: zure komarkako farmazilaria / el farmacéutico de su comarca o CEVIME/MIEZ - Tel. 945 01 92 66 - E-mail: cevime-san@ej-gv.es

Idazkuntza Batzordea / Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpuru, Iciar Alfonso, Izaskun Aranzegi, María Armendáiz, Maitte Callén, Aritxu Ebeberria, Julia Fernández, Susana Fernández, Iñaki García, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Jesús Iturralde, Nekane Jaio, Itsasne Lekue, Javier Martínez, Javier Meana, Carmela Mozo, Elena Olloquiegui, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.

ISSN: 1575054-X  
D.L.: BI-587-99



Osakidetza  
Servicio vasco de salud



OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD