



Síndrome del intestino irritable: un trastorno que requiere confianza en el farmacéutico

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional crónico sin una causa orgánica, metabólica o infecciosa que lo justifique, en el que el dolor y la distensión abdominal recurrentes se asocian a alteraciones en la defecación o a cambios en el hábito intestinal, es decir, a estreñimiento, diarrea o a un patrón mixto en el que se alternan ambas afecciones.

**Goiuri Uribe,
Irantzu Gandarias**

Farmacéuticas comunitarias
en Lasarte-Oria (Gipuzkoa)

El SII tiene una importante repercusión personal, económica, sanitaria y social. Afecta a la calidad de vida y a la actividad laboral de la persona que lo padece, y ocasiona una alta demanda de los servicios de salud.

Epidemiología

Se ha identificado una prevalencia mundial del SII del 11,2%, aunque los datos varían sustancialmente entre países.

Se presenta con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad, pero a menudo se manifiesta también en la infancia, y hasta la mitad de las personas que lo sufren solicitan atención médica.

Causas y factores de riesgo

La fisiopatología del SII es multifactorial y compleja, y no existe un biomarcador único que pueda abarcar los diferentes mecanismos fisiopatológicos.

«La fisiopatología del SII es multifactorial y compleja, y no existe un biomarcador único que pueda abarcar los diferentes mecanismos fisiopatológicos»

Se debe a una alteración en la comunicación del eje intestino-cerebro, en la que intervienen los siguientes factores de riesgo:

- **Genéticos.** Los familiares de los pacientes con SII tienen una mayor probabilidad de sufrir la enfermedad, y su prevalencia es mayor entre los gemelos homocigóticos que entre los dicigóticos.
- **Trastornos de origen inmune.** Los pacientes con SII suelen presentar un aumento de mastocitos, linfocitos y citocinas inflamatorias, que causan alteraciones en la permeabilidad de la barrera intestinal.
- **Dietéticos.** A menudo los síntomas del SII se intensifican con la ingesta de alimentos como lácteos, cereales, cafeína, cebolla, especias y frituras, entre otros.
En los últimos años, se ha identificado la posible relación entre el SII y la ingesta de carbohidratos fermentables de cadena corta (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polifenoles)(FODMAP), que contribuyen a la generación de gases intestinales y a la modificación de la flora intestinal.
- **Alteraciones de la microbiota.** Su composición es diferente en personas con SII, lo que se relaciona con un aumento de la sensibilidad visceral y con alteraciones en la función motora del tracto gastrointestinal por la proliferación de especies bacterianas que producen más gas, especialmente metano.
- **Psicológicos.** Algunas situaciones estresantes en la infancia y en la vida adulta (como abuso físico o sexual, problemas psicosociales, divorcio, muerte de un familiar, desempleo o exposición a revoluciones políticas) incrementan el riesgo de presentar SII.
- **Sexo femenino.** Afecta a las mujeres en una proporción de 2:1 respecto a los hombres.
- **Hipersensibilidad visceral.**
- **Gastroenteritis infecciosa.**
- **Alteraciones del sueño.**
- **Sedentarismo.**

Sintomatología

El SII se caracteriza por su variabilidad de signos y síntomas, entre los que destacan los siguientes:

- **Dolor abdominal.** Es el síntoma principal y normalmente se asocia a la defecación, aunque también suele estar presente durante periodos de estreñimiento. Suele ser difuso y con predominio en el hipogastrio.

Generalmente se alivia al evacuar, y a menudo se relaciona con el consumo de alimentos específicos o con periodos de tensión emocional.

- **Distensión abdominal.** Es la queja más frecuente junto al dolor. Está relacionada con un aumento en el contenido intestinal que puede asociarse a un incremento del meteorismo. Es habitualmente diurna, fluctuante, y se exagera con las comidas.
- **Alteración del hábito de evacuación.** Pueden producirse diarrea, estreñimiento o alternancia entre ambos.
- **Otras alteraciones digestivas.** Entre ellas se encuentran las siguientes: presencia de moco en las heces, urgencia o esfuerzo al evacuar, pirosis, dolor epigástrico, saciedad precoz, pesadez posprandial o náuseas.
- **Trastornos extradigestivos.** Son frecuentes los siguientes: dolor pélvico, dispareunia, dolores musculoesqueléticos, cansancio crónico, alteraciones del sueño, cefalea, lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia, palpitaciones, prurito o mal sabor de boca.

Diagnóstico

Dada la ausencia de marcadores biológicos específicos, el diagnóstico se basa en la sintomatología tras comprobar que esta no tiene una justificación orgánica, metabólica ni farmacológica.

En 1978 se elaboraron los primeros criterios para el diagnóstico del SII (Criterios de Manning), que se han ido revisando y desarrollando hasta llegar, en el año 2016, a los de Roma IV, vigentes en la actualidad (tabla 1).

Los criterios de Roma IV para los subtipos del SII (tabla 2) se basan tanto en la percepción del paciente de su tipo predominante, como en la valoración de la consistencia de las heces utilizando la escala de Bristol (véase Fernández et al., 2021).

Tabla 1. Criterios de Roma IV

Dolor abdominal recurrente mínimo 1 día por semana, durante los últimos 3 meses, con síntomas iniciales de mínimo 6 meses antes del diagnóstico y asociado por lo menos a dos de los siguientes síntomas:

Alteraciones en la evacuación	Cambios en la frecuencia de evacuación	Cambios en la apariencia o forma de las heces
-------------------------------	--	---

Tabla 2. Criterios de Roma IV para los subtipos de SII

SII-E (con estreñimiento)	SII-D (con diarrea)	SII-M (mixto, con alternancia de estreñimiento y diarrea)	SII no clasificado
• >25% deposiciones duras (Bristol 1-2) y <25% líquidas (Bristol 6-7). • Al menos una deposición diaria alterada en cuanto a la forma. • El predominio de estreñimiento se establece cuando la evacuación se realiza sin tomar medicación.	• >25% deposiciones líquidas (Bristol 6-7) y <25% de deposiciones duras (Bristol 1-2). • Al menos una deposición diaria alterada en cuanto a la forma. • El predominio de diarrea se establece cuando la evacuación se realiza sin tomar medicación.	• >25% deposiciones líquidas (Bristol 6-7) y >25% de deposiciones duras (Bristol 1-2).	• Los pacientes cumplen los patrones diagnósticos para SII, pero su patrón de heces no puede catalogarse en ninguno de los tres subtipos anteriores.

Las pruebas complementarias (como colonoscopia, biopsia de colon, tacto rectal, PCR y medida de la calprotectina fecal) solo son recomendables en pacientes que, además, presentan señales de alarma, síntomas refractarios o factores de riesgo de patologías como enfermedad inflamatoria intestinal, celiaquía, intolerancia a la lactosa o colitis microscópica.

Es recomendable valorar la posible existencia de enfermedad celíaca en pacientes SII con predominio de diarrea y SII con síntomas refractarios.

En los pacientes pediátricos, el diagnóstico se basa en un examen físico y de crecimiento, donde se incluye una historia nutricional adecuada para descartar una malabsorción de lactosa.

Signos y síntomas de alarma

Las principales señales que podrían denotar patologías más graves son:

- Pérdida de peso inexplicable.
- Fiebre.
- Sangre en heces sin hemorroide ni fisura.
- Masa abdominal o rectal palpable.
- Anemia.
- Niveles elevados de proteína C reactiva o calprotectina fecal.
- Cambios en el patrón de hábito intestinal.
- Despertares nocturnos con síntomas gastrointestinales.
- Inicio tardío de los síntomas (>50 años).
- Uso recurrente de antibióticos.

- Antecedentes familiares de cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal.

En pacientes pediátricos, otros síntomas de alarma son:

- Artritis.
- Pubertad retardada.
- Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal o celiaquía.

Tratamiento

A falta de un tratamiento 100% efectivo para el SII, su abordaje debe estar orientado a paliar los principales síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Para la correcta elección del tratamiento es importante identificar el subtipo predominante en cada paciente, y valorar la importancia de los síntomas presentes.

Medidas generales

Consejos dietéticos

Resulta útil elaborar un diario con los alimentos ingeridos y la sintomatología presente para establecer una dieta equilibrada y adecuada a cada persona, siempre bajo la supervisión de un profesional.

Es necesario eliminar de la dieta alimentos que puedan causar distensión y dolor abdominal (alimentos grasos, legumbres, alimentos ricos en FODMAP [tabla 3], cafeína y bebidas carbonatadas).

Las dietas bajas en FODMAP reducen significativamente los síntomas del SII, ya que disminuyen la forma-

«A falta de un tratamiento 100% efectivo para el SII, su abordaje debe estar orientado a paliar los principales síntomas y a mejorar la calidad de vida del paciente»

Papel del farmacéutico

La relación farmacéutico-paciente debe basarse en la confianza y en la empatía.

A menudo, los síntomas del SII pueden percibirse como problemas de salud menores, y los pacientes realizan un periplo de consultas antes de conseguir un diagnóstico. Esto puede suponer un periodo de tiempo largo, durante el cual se sienten desanimados y suelen frecuentar la farmacia solicitando remedios para síntomas menores. El farmacéutico puede:

- Aconsejar el preparado más adecuado para cada caso.
- Sugerir que se registren los distintos síntomas y sus frecuencias.
- Transmitir tranquilidad y aconsejar acudir a consulta tantas veces como sea necesario cuando los síntomas no mejoren.

En los casos en los que el paciente ya dispone de un diagnóstico de SII, la labor principal del farmacéutico consiste en:

- Explicar al paciente y/o cuidadores la enfermedad, haciendo hincapié en su carácter crónico y benigno.
- Ayudar a identificar los factores desencadenantes.
- Promover las medidas higiénico-dietéticas adecuadas.
- Resolver las dudas en cuanto al tratamiento.
- Fomentar la adherencia a la terapia farmacológica mediante un correcto seguimiento farmacoterapéutico.
- Escuchar y animar al paciente en los momentos de desánimo.

Además, también debemos estar atentos a la aparición de síntomas de alarma, interacciones y/o problemas relacionados con los medicamentos, y derivar al paciente al médico en su caso.



En definitiva, el desarrollo y las consecuencias del SII dependen en gran medida de la relación que tenga el paciente con los profesionales sanitarios que lo atienden, incluido el farmacéutico.



ción de gases. Se recomiendan para periodos cortos, ya que si se mantuvieran en el tiempo podrían causar malnutrición.

En algunos casos una dieta libre de gluten posibilita una mejora de los síntomas.

Otras recomendaciones son:

- Revisar el consumo de fibra de la dieta, primando el de fibras solubles ya que las insolubles parecen exacerbar algunos síntomas.

- Administrar probióticos que hayan demostrado su eficacia en casos de SII-D con dolor y distensión abdominal.

Otras recomendaciones

La atención psicológica puede ayudar a manejar el estrés e identificar las causas que lo desencadenan.

También pueden ser beneficiosos el yoga, la meditación, la terapia de relajación o el deporte moderado.

Tabla 3. Alimentos ricos en FODMAP

Azúcares polialcohólicos	Fructosa	Lactosa	Oligosacáridos (fructanos o galactanos)
• Endulzantes: maltitol, manitol, sorbitol, xilitol, etc. • Frutas: albaricoque, cerezas, ciruela, ciruela pasa, manzana, melocotón, nectarina, pera, sandía.	• Edulcorantes: miel, sirope de maíz. • Frutas: mango, manzana, melocotón, pera, sandía. • Fruta en conserva o desecada, zumos de fruta.	• Leche de oveja, vaca y cabra, quesos blandos, helado.	• Frutas: caqui, manzana melocotón, rambután, sandía. • Verduras y hortalizas: alcachofa, ajo, brócoli, cebolla, col de Bruselas, chalota, espárrago, guisante, hinojo, puerro, remolacha y repollo.

FODMAP: carbohidratos fermentables de cadena corta (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polifenoles).

Tabla 4. Tratamiento farmacológico en función de los síntomas

Síntoma	Acción	Principios activos	Dosis	Observaciones
Dolor abdominal	Antiespasmódicos	Butilbromuro de escopolamina	10-20 mg/8 h	• De elección • Puede producir efectos anticolinérgicos (visión borrosa, sequedad de boca, estreñimiento...)
		Mebeverina	135 mg/8 h	
		Bromuro de otilonio	40 mg/8-12 h	• Efectos anticolinérgicos
		Maleato de trimebutina	100-200 mg/8-12 h	
Diarrea	Agonistas opiáceos	Loperamida	2 mg/día	• Genera distensión, flatulencia y dolor abdominal
	Antagonistas de los receptores 5HT ₃	Ondansetrón		• Indicado en casos de SII-D graves y refractarios • No autorizado en España para esta indicación
		Rifaximina	550 mg/8 h durante 2 semanas	• En ausencia de respuesta en otros tratamientos y sin estreñimiento
Estreñimiento	Laxantes osmóticos	Polietilenglicol (macrogol)	10-20 mg/24 h	• No mejora el dolor
	Laxantes estimulantes	Bisacodilo	5-10 mg/24 h	
		Picosulfato sódico	2,5 -5 mg/12 h	
	Agonistas de los receptores de la serotonina 5HT ₄	Prucaloprida	2 mg/día	• Mejora el dolor • Únicamente autorizada en mujeres con estreñimiento crónico refractario a otros laxantes
	Fibras	Ispágula	3,2 g de 1 a 3 veces/día	
	Antidepresivos	Citalopram	10-20 mg/día	• En dosis bajas mejoran la consistencia de las deposiciones y la distensión
		Paroxetina	10-40 mg/día	

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe iniciarse cuando el resto de las medidas conservadoras no han resultado suficientes para el control de los síntomas (tabla 4). ●

Bibliografía

- Amieva M, Carmona R, Casanova AI, Coss E, De León JL, Díaz MA, et al. Estreñimiento crónico, síndrome del intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal. México: Ediciones Permanyer; 2020. p. 74-141. Disponible en: https://www.permanyer.com/wp-content/uploads/2020/10/5516AX191_r.pdf
- Becerra EC, Mendoza G. Síndrome del intestino irritable: un enfoque integral. Aten Fam. 2020; 27(3): 150-154.
- Bielsa MV, Bosques F, Coss E, Esquivel F, Flores AR, Gómez O, et al. Consenso mexicano sobre el síndrome del intestino irritable. Revista de Gastroenterología de México. 2016. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-sobre-el-sindrome-articulo-S0375090616000185>
- Burgos R, Casellas F, Ciriza C, García A, Lema B, Marcos A, et al. Documento de consenso sobre las dietas de exclusión en el síndrome del intestino irritable (SII). Revista Española de Enfermedades Digestivas. 2018; 110(12): 806-824.

- Bustos LM, Hanna I. Tratamiento actual del síndrome del intestino irritable. Una nueva visión basada en la experiencia y la evidencia. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2019; 49(4): 380-401.
- Cañones P, Ciriza C, Júdez J, Mascort JJ, Mearin F, Mínguez M, et al. Guía práctica clínica: síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: concepto, diagnóstico y continuidad asistencial. Parte 1 y parte 2. Atención Primaria. 2016. Disponible en: <http://mgyl.org/guia-de-practica-clinica-sindrome-del-intestino-irritable-con-estreñimiento-y-estreñimiento-funcional-en-adultos-concepto-diagnostico-y-continuidad-asistencial/>
- Castiñeira C, Costa C. Síndrome del intestino irritable. Fisterra. 2018. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-intestino-irritable/>
- Fernández S, Serrano JA, Zeledón N. Síndrome del intestino irritable. Revista Médica Sinergia. 2021; 6(2). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/645>
- Fragoso T, Milán R. El síndrome del intestino irritable como causa de dolor abdominal crónico. Revista Cubana de Pediatría. 2018; 90(3): 1-18.
- Ganado E, Garay I. Síndrome del intestino irritable. El farmacéutico. 2020; 586: 17-24.
- Mearin F. Diagnóstico del síndrome del intestino irritable: criterios clínicos y biomarcadores. Rev Gastroenterol. 2017; 121-133. Disponible en: https://www.aegastro.es/documents/guias-iberoamericanas/6-Mearin_cap_8.pdf