

BMJ Best Practice

Síndrome del intestino irritable

Directamente al punto de atención



Última actualización: May 20, 2025

Tabla de contenidos

Descripción general	3
Resumen	3
Definición	3
Teoría	4
Epidemiología	4
Etiología	4
Fisiopatología	5
Clasificación	6
Antecedentes de caso	6
Diagnóstico	7
Abordaje	7
Anamnesis y examen	10
Factores de riesgo	10
Pruebas diagnósticas	11
Diferenciales	15
Criterios	18
Manejo	19
Abordaje	19
Resumen del algoritmo de tratamiento	25
Algoritmo de tratamiento	27
Emergente	84
Discusión con el paciente	84
Seguimiento	85
Monitorización	85
Complicaciones	85
Pronóstico	85
Guías de práctica clínica	86
Guías de práctica clínica para el diagnóstico	86
Guías de práctica clínica de tratamiento	87
Referencias	90
NICE Summary	103
Key NICE recommendations on diagnosis	103
Key NICE recommendations on management	104
Descargo de responsabilidad	107

Resumen

Entre los síntomas de intestino irritable se encuentran el dolor abdominal recurrente o malestar asociado a una alteración en la frecuencia o la forma de las deposiciones. El dolor o malestar pueden aliviarse al defecar.

Es importante determinar si existen posibles combinaciones dietéticas desencadenantes como la cafeína, los alimentos que contienen lactosa o los alimentos con fructosa.

Generalmente, la exploración abdominal no presenta hallazgos relevantes. Puede presentarse sensibilidad leve a la palpación mal localizada en el cuadrante inferior derecho y/o en el cuadrante inferior izquierdo.

El diagnóstico se basa en la anamnesis del paciente; no hay pruebas diagnósticas específicas. Si el paciente presenta síntomas o hallazgos preocupantes, como anemia, pérdida de peso o fiebre, es necesario realizar pruebas diagnósticas exhaustivas.

El tratamiento debe ser individualizado y depende de los principales síntomas del paciente.

Definición

El síndrome del intestino irritable (SII) es una afección crónica que se caracteriza por dolor abdominal asociado a disfunción intestinal. Con frecuencia, el dolor se alivia al defecar y en ocasiones, está acompañado de distensión abdominal. No hay ninguna anomalía estructural que explique el dolor. El SII afecta aproximadamente al 15% de la población adulta. Es probable que la etiología sea de múltiples factores y la evidencia sugiere que existen componentes de motilidad, inflamatorios, genéticos, inmunitarios, psicológicos y dietarios.^[1]

Epidemiología

El SII está presente entre el 10% y el 15% de los adultos en EE.UU., y es la causa más frecuente de derivación a los gastroenterólogos, representando hasta el 50% de los pacientes derivados.[4] [5] [6] En el Reino Unido, se estima que la prevalencia oscila entre el 6.1% y el 21.6%, siendo mayor en las mujeres que en los hombres.[7] [8] [9] La prevalencia del síndrome de intestino irritable (SII) es similar en Europa y es menor, pero está aumentando, en la región de Asia y el Pacífico.[10] Los informes procedentes de África varían, pero se han informado tasas de prevalencia de hasta el 33%.[10]

En Australia, un cuestionario postal (realizado a 4500 personas de ≥ 18 años) indicó una prevalencia del SII de acuerdo con los criterios de Manning, Roma I y Roma II del 13.6%, 6.9% y 4.4%, respectivamente.[11] Otras encuestas equivalentes realizadas en Asia revelaron, asimismo, tasas de prevalencia del SII más bajas en Singapur (11.0%, 10.4% y 8.6% de acuerdo con los criterios de Manning [>1 criterio], Roma I y Roma II, respectivamente) y China (11.5% y 5.7%, de acuerdo con los criterios de Manning y los criterios modificados de Roma II). Según este último la prevalencia en mujeres es mayor.[12]

Una revisión informó una incidencia media de SII diagnosticado por el médico de 38.5 por cada 10,000 pacientes-año.[13]

Entre los pacientes que buscan ayuda médica, las mujeres superan a los hombres en una proporción de 2:1.[14] Los síntomas del SII pueden comenzar en la adolescencia o en los primeros años de la edad adulta, pero la aparición de los síntomas después de los 50 años es inusual.[15] [16]

Un estudio realizado en la población de una organización de mantenimiento de la salud en los Estados Unidos mostró que la prevalencia de los síntomas del SII en los encuestados era del 19.5%.[17]

En una revisión sistemática, la prevalencia conjunta del SII en los estudios basados en la población que utilizaron los criterios de Roma III fue mayor que la de los estudios que emplearon los criterios de Roma IV (9.2% frente al 3.8%, respectivamente).[18] El SII mixto (SII-M) fue el subtipo más frecuente con los criterios de Roma III.

Se ha informado de la agregación familiar del SII; las probabilidades de padecerlo aumentan (cociente de probabilidades 2,75) si un pariente de primer grado tiene SII.[19] Se han descrito antecedentes de abuso físico o sexual en el 32% al 44% de los pacientes con SII.[20] [21] [22] La endometriosis puede ser un factor de riesgo: un metanálisis muestra que la prevalencia del SII es tres veces mayor en las mujeres con endometriosis que en las que no la padecen.[23] Los síntomas del SII también pueden aparecer tras una infección intestinal.[24]

Etiología

Se ha considerado al IBS un trastorno de motilidad gastrointestinal alterada. No existen hallazgos endoscópicos, bioquímicos, anatómicos, microbiológicos o histológicos en el síndrome del intestino irritable (SII) que puedan aclarar la etiología, aunque la mayoría considera que es una enfermedad con múltiples causas que pueden ser determinantes.

Afectación del sistema inflamatorio o inmunitario

El hecho de que el SII pueda acompañar a la enfermedad intestinal inflamatoria o seguir a un ataque de disentería bacteriana o parasitaria ha llevado a la hipótesis de que puede haber un componente inflamatorio o inmunitario en el SII. Se han informado cambios sutiles en algunos pacientes con SII, como alteraciones

de los linfocitos T que se dirigen al intestino y un aumento inexplicable de los mastocitos en la mucosa del colon.[25] [26] Sin embargo, en los pacientes con SII en solitario, las biopsias de la mucosa suelen ser normales.

Microbiota intestinal

La microbiota intestinal puede desempeñar un papel en el SII por sus acciones sobre ciertos alimentos, especialmente los carbohidratos, y también por sus efectos sobre la integridad de la barrera epitelial y la señalización enteroendocrina. Aunque se desconoce con exactitud cuál es la firma microbiana, el SII parece estar asociado a la disbiosis y a una menor diversidad de la microbiota.[27] [28]

Crecimiento bacteriano excesivo

Se ha demostrado un sobrecrecimiento bacteriano en algunos pacientes con SII, sobre todo en los que predominan las diarreas.[29]

Malabsorción del ácido biliar

Parece existir un subgrupo de pacientes con SII y diarrea que presentan malabsorción de ácidos biliares, a pesar de no tener antecedentes de enfermedad ileal, cirugías o colecistectomía previa.[30]

Estrés psicológico o malos tratos

El estrés y la tensión emocional suelen desencadenar ataques de SII, aunque no existen perfiles de personalidad ni diagnósticos psiquiátricos específicos asociados a esta enfermedad. Entre un 32% y un 44% de los pacientes informó antecedentes de abuso físico o sexual.[20] [21] [22] Un metanálisis encontró que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) se asocia con una mayor probabilidad de SII (odds ratio agrupada 2.80; IC del 95%: 2.06 a 3.54; $p < 0.001$).[31]

Fisiopatología

La mayoría de las evidencias sugieren que existe una disfunción de los aspectos motores y sensoriales del tubo digestivo en las personas con SII.[32] Se aprecia reactividad alterada del intestino (motilidad y secreción) en respuesta a distintos estímulos, que pueden ser medioambientales (estrés personal o abuso) o lumbinales (determinados alimentos, crecimiento bacteriano excesivo, toxinas y distensión o inflamación intestinal). Esta reactividad alterada puede conducir a dolor, así como a estreñimiento o diarrea.

Hay evidencias de que existe una hipersensibilidad intestinal con una mayor percepción del dolor y las sensaciones de tipo visceral.[1] Por ejemplo, cuando se distiende un globo dentro del lumen de la parte inferior del colon o del recto, los pacientes con SII presentan dolor a presiones más bajas, en comparación con las personas sin SII.[33] Las personas con SII también presentan una desregulación del eje cerebro-intestino. Esto se puede deber a una mayor reactividad al estrés y a una modulación o percepción de las señales aferentes del sistema nervioso entérico.[32]

Aunque la histología de la mucosa del intestino grueso y delgado se considera generalmente normal, se han informado cambios sutiles, como alteraciones de los linfocitos T de origen intestinal y un aumento inexplicable de los mastocitos en la mucosa del colon, en pacientes con SII.[25] [26] Estos resultados sugieren una posible implicación del sistema inmunitario.

Clasificación

Roma IV: subtipificación de síndrome del intestino irritable (SII) según el patrón predominante de las deposiciones^{[2][3]}

1. SII con predominio de estreñimiento (SII-E): heces duras o caprinas en $\geq 25\%$ de las deposiciones y heces sueltas (pastosas) o acuosas en $\leq 25\%$ de las deposiciones.
2. SII con predominio de diarrea (SII-D): deposiciones sueltas (pastosas) o acuosas en $\geq 25\%$ de las deposiciones y heces duras o caprinas en $\leq 25\%$ de las deposiciones.
3. SII mixto (SII-M): heces duras o caprinas en $\leq 25\%$ de las deposiciones y deposiciones sueltas (pastosas) o acuosas en $\leq 25\%$ de las deposiciones.
4. SII indeterminado: alteraciones insuficientes en la consistencia de las deposiciones para cumplir los criterios de SII con predominio de estreñimiento (SII-E), diarrea (SII-D) o mixto (SII-M).

Antecedentes de caso

Antecedentes de caso #1

Una madre de 34 años de edad con tres hijos acude a su médico con historia de dolor cólico abdominal en ambos cuadrantes inferiores de 3 semanas de duración. Las deposiciones han sido frecuentes, pequeñas y blandas, con algo de moco pero sin sangre. Los síntomas mejoran con las deposiciones o flatulencias. Presenta estos síntomas casi todos los meses desde que estaba en la universidad, pero últimamente han empeorado. Su anamnesis clínica es normal, salvo tres embarazos normales. No hay antecedentes familiares de cáncer de colon. Una hermana muestra síntomas similares pero no ha acudido al médico. Los antecedentes personales y sociales revelan que es contable y que trabaja muchas horas. Su empresa está a punto de fusionarse con otra y teme por su situación laboral. No ha experimentado pérdida de peso ni ningún otro síntoma constitucional. En la exploración física, el único hallazgo es leve dolor a la palpación en el cuadrante inferior derecho. No se aprecia ninguna masa.

Antecedentes de caso #2

Ama de casa de 40 años de edad que refiere estreñimiento recurrente. Aunque los problemas aparecieron cuando era una veinteañera, en la actualidad han empeorado. El estreñimiento está acompañado de distensión y dolor abdominales, y el malestar solo mejora tras las deposiciones. Por consejo del ginecólogo incorporó más fibra a su dieta, con fruta fresca y verduras de hoja, pero esto solo causó que la distensión empeorara. Sus antecedentes incluyen colecistectomía e histerectomía. La exploración física es completamente normal. El examen rectal revela heces de consistencia normal. El resultado de la prueba de sangre oculta en heces es negativo.

Otras presentaciones

Los pacientes también pueden presentar diarrea y estreñimiento alternos asociados a dolor abdominal.

Abordaje

El SII se caracteriza por dolor abdominal asociado a alteraciones de los hábitos intestinales.[34] El dolor se alivia después de la defecación o al pasar la flatulencia. Otros síntomas asociados frecuentes son la distensión abdominal, el paso del moco con las heces, la urgencia de la defecación y la sensación de evacuación incompleta después de una deposición.[10]

Antecedentes

La anamnesis del paciente puede revelar exposición a factores de riesgo, como abuso físico o sexual, infección intestinal previa y estrés personal o laboral.[20] [21] [22][24] [32] Los pacientes adultos tienen el doble de probabilidades de ser mujeres.[14]

Puede haber antecedentes familiares de SII. Presentar antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer colorrectal o enfermedad celíaca debería aumentar el grado de sospecha de estas afecciones. Una historia dietética cuidadosa puede revelar el consumo de alimentos que exacerban los síntomas (p. ej., cafeína, leche de vaca, alimentos que contienen fructosa, edulcorantes artificiales, alcohol), comidas irregulares o inadecuadas, ingesta insuficiente de líquidos o ingesta excesiva o escasa (sobre todo en personas que presentan estreñimiento) de fibra.[10]

Exploración física

La exploración física suele ser normal. Sin embargo, puede haber una leve sensibilidad en los cuadrantes inferiores sin masa.

La prueba de Carnett ayuda a diferenciar el dolor que se origina en la pared abdominal del que tiene origen intrabdominal. En esta prueba, si el dolor aumenta al apretar el abdomen, procede de la pared abdominal (prueba de Carnett positiva). El dolor intraperitoneal disminuye con la contracción de la pared abdominal.[35] Una prueba de Carnett negativa sería de esperar en pacientes con SII.

Análisis clínicos

No existe una prueba de diagnóstico específica para el SII. La elección de las pruebas para el estudio inicial dependerá de factores como los síntomas y la edad del paciente.[2]

Pruebas de enfermedades no relacionadas con el SII, como la enfermedad inflamatoria intestinal y el cáncer colorrectal

Se debe realizar un hemograma completo (HC) como parte del estudio inicial.[34] Si el paciente se encuentra anémico o si el recuento de leucocitos es elevado, debe considerarse un diagnóstico distinto del SII.

Puede considerarse la posibilidad de realización de pruebas de sangre oculta en heces. Las pruebas de sangre oculta en heces tienen un valor pronóstico positivo del 97% y un valor pronóstico negativo del 43% para distinguir la enfermedad inflamatoria intestinal del SII.[36] En el ámbito de la atención primaria, las pruebas de sangre oculta en heces pueden utilizarse para informar la decisión de remitir a un especialista a un paciente con síntomas gastrointestinales inexplicables, pero con bajo riesgo de cáncer colorrectal.

La prueba inmunoquímica fecal cuantitativa (FIT) puede solicitarse cuando se sospecha un cáncer colorrectal. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan la FIT cuantitativa para orientar la

derivación por sospecha de cáncer colorrectal en determinados adultos con dolor abdominal inexplicable o en aquellos con un cambio en el hábito intestinal.[37] [38] Si el valor de FIT es ≥ 10 microgramos de hemoglobina/g de heces, se recomienda la derivación urgente a atención secundaria. Basándose en los resultados del FIT, pueden evitarse algunas pruebas diagnósticas como la colonoscopia en personas con menos probabilidades de padecer cáncer colorrectal, poniendo así los recursos a disposición de las personas que más los necesitan.[37] [38]

Se puede solicitar una prueba de calprotectina fecal o una lactoferrina fecal para diferenciar el SII de la enfermedad inflamatoria intestinal.[39] [40] [41] [42] [43] Las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology (ACG) favorecen la calprotectina sobre la lactoferrina debido a su mayor sensibilidad y especificidad para la enfermedad inflamatoria intestinal.[39]

La proteína C-reactiva (PCR) o la velocidad de sedimentación globular (VSG) también pueden utilizarse para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.[34] [39] [40] Aunque ambas son inespecíficas, las guías de práctica clínica del ACG aconsejan que la PCR sea la más útil de las dos.[39] Un metanálisis exhaustivo evaluó marcadores en 2145 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, SII o controles sanos y encontró que una VSG o lactoferrina fecal elevadas no podían discriminar entre grupos de pacientes, mientras que una PCR ≤ 5 mg/L ($\leq 0,5$ mg/dL) o una calprotectina fecal ≤ 40 microgramos/g conferían de forma fiable una probabilidad del 1% o inferior de enfermedad inflamatoria intestinal, excluyéndola esencialmente como diagnóstico.[42]

Pruebas serológicas para la enfermedad celíaca

Una prueba de anticuerpos antitransglutaminasa tisular puede ayudar a excluir la enfermedad celíaca.[34] [39] [40] [44] [45]

Si el paciente tiene diarrea y/o pérdida de peso, debe sospecharse que se trata de una enfermedad celíaca. La prueba más fiable es el ensayo inmunoenzimático de anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana (anti-tTG). Esta prueba presenta una sensibilidad informada de casi el 100% y una especificidad del 95% al 97% para la enfermedad celíaca.[44]

Se debe confirmar un resultado positivo por una biopsia duodenal.[40]

Los anticuerpos endomisiales IgA (EMA) pueden analizarse cuando los anti-tTG son débilmente positivos o para confirmar el diagnóstico en niños o adultos en los que la endoscopia no es adecuada.

Los pacientes con deficiencia de IgA pueden tener un resultado falso negativo de anti-tTG. Las opciones de pruebas para estos pacientes incluyen la transglutaminasa tisular IgG y los péptidos deaminados de gliadina IgG o IgA.[40]

Pruebas para excluir la malabsorción de los ácidos biliares

Se recomiendan las pruebas del factor de crecimiento de fibroblastos 19 y del ácido 23-seleno-25-homotaurocólico (SeHCAT) en suero, si se dispone de ellas, para los pacientes que presentan diarrea crónica, a fin de excluir la malabsorción de ácidos biliares.[39] [40] [46]

También puede considerarse la recogida de heces durante 48 horas para la determinación de ácidos biliares totales por la misma indicación.[40]

Si no se dispone de otras pruebas diagnósticas, se puede realizar un ensayo empírico con un aglutinante de ácidos biliares en pacientes con diarrea crónica para excluir la malabsorción de ácidos biliares.[39] [40]

Prueba de hidrógeno/metano en el aliento

En pacientes con diarrea o distensión, está justificado realizar pruebas diagnósticas adicionales con una prueba de hidrógeno en el aliento para determinar la presencia de crecimiento bacteriano excesivo o de una deficiencia de lactasa. Sin embargo, esta prueba no se recomienda para confirmar el diagnóstico en pacientes que cumplen los criterios de diagnóstico del SII.[34]

Prueba de patógenos entéricos

No se recomienda el análisis rutinario de heces para detectar patógenos entéricos (es decir, leucocitos fecales, óvulos y parásitos) en pacientes con sospecha de SII.[39]

El inmunoensayo fecal o la reacción en cadena de la polimerasa están indicados para los pacientes con factores de riesgo de giardiasis.[39] [40]

Estudios por imágenes

Evaluación endoscópica

La guía desaconseja la colonoscopia rutinaria en pacientes con SII menores de 45 años sin características de alarma, que incluyen:[39]

- hematoquecia
- melena
- pérdida de peso involuntaria
- mayor edad de inicio de los síntomas (más de 50 años)
- antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon u otra enfermedad gastrointestinal importante.

La colonoscopia debe considerarse para los pacientes con características de alarma.[39]

En los pacientes con sospecha de SII con diarrea que presentan un alto riesgo de colitis microscópica, es decir, edad avanzada (más de 60 años), sexo femenino y diarrea más intensa, existen algunas evidencias que respaldan el uso de la colonoscopia.[39] La colitis microscópica también debe sospecharse si el paciente no presenta dolor abdominal.

La sigmoidoscopia flexible puede detectar una mucosa anormal, que podría indicar una enfermedad intestinal inflamatoria y pólipos o carcinoma; sin embargo, las guías de práctica clínica no respaldan su uso para confirmar el diagnóstico del SII.[34]

Las radiografías simples de abdomen pueden ser útiles en la evaluación de pacientes con distensión abdominal.[47]

Anamnesis y examen

Principales factores de diagnóstico

presencia de factores de riesgo (común)

- Los principales factores de riesgo incluyen sexo femenino, <50 años de edad, infecciones intestinales previas e historia de abuso físico o sexual.

dolor abdominal (común)

- Por lo general son cólicos en el abdomen inferior o medio. Pueden ser leves o graves.

alteración del ritmo intestinal con dolor (común)

- Puede haber diarrea o heces blandas más frecuentes, estreñimiento o diarrea y estreñimiento alternantes. La evacuación de las heces alivia el dolor abdominal.

distensión abdominal o distensión (común)

- Aumenta durante el día y no está asociada a náuseas y vómitos. Los síntomas mejoran con la defecación o flatulencias.

exploración abdominal normal (común)

- No existen hallazgos significativos. Se puede encontrar dolor leve a la palpación en el cuadrante inferior derecho o en el cuadrante inferior izquierdo.

Otros factores de diagnóstico

defecación con moco (infrecuente)

- Sucede cuando el paciente está sintomático y no se acompaña de sangre.

urgencia defecatoria (infrecuente)

- Este síntoma es más frecuente en los grupos de población asiática.[10]

Factores de riesgo

Fuerte

abuso físico y sexual

- Algunos estudios revelaron que la historia de abuso físico o sexual es más habitual en pacientes con síndrome del intestino irritable (SII) que en pacientes con otros trastornos gastrointestinales. Se han informado casos de abuso entre el 32% y el 44% de los pacientes con SII.[20] [21] [22]

trastorno por estrés postraumático (TEPT)

- Un metanálisis encontró que el TEPT está asociado con una mayor probabilidad de SII (odds-ratio combinado 2.80, 95% CI 2.06 a 3.54, P <0.001).[31]

edad <50 años

- Los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII) pueden aparecer en la adolescencia, o al comienzo de la edad adulta. La aparición del SII en pacientes de más de 50 años es inusual, y

los pacientes de este grupo deben ser evaluados cuidadosamente para otras etiologías de sus síntomas.[15] [16]

sexo femenino

- Entre los pacientes que buscan ayuda para los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII), la relación entre mujeres/hombres es de 2:1.[14]

infecciones intestinales previas

- Los síntomas del síndrome del intestino irritable (SII) pueden aparecer hasta en un 30% de los pacientes a continuación de una gastroenteritis bacteriana aguda.[24] [32]

antecedentes familiares

- Las probabilidades de padecer SII aumentan (odds ratio 2.75) si un familiar de primer grado tiene SII.[19]

Débil

estrés personal y laboral

- En ocasiones, los acontecimientos estresantes están interrelacionados con una exacerbación de los síntomas, pero la naturaleza de esta relación no está clara.[2]

Pruebas diagnósticas

1ª prueba para solicitar

Prueba	Resultado
hemograma completo (HC) • El HC se debe realizar como parte del análisis diagnóstico inicial.[34] Si el paciente está anémico o si el recuento del HC es elevado, se debe contemplar un diagnóstico diferente al síndrome del intestino irritable (SII).	normal; la anemia o el aumento del recuento de leucocitos sugieren una enfermedad no relacionada con el SII

Otras pruebas que se deben considerar

Prueba	Resultado
sangre oculta en heces - Se puede solicitar cuando se sospecha una enfermedad inflamatoria intestinal o un cáncer colorrectal.[34] Las pruebas de sangre oculta en heces tienen un valor predictivo positivo del 97% y un valor predictivo negativo del 43% para distinguir la enfermedad inflamatoria intestinal del SII.[36] - En el ámbito de la atención primaria, las pruebas de sangre oculta en heces pueden utilizarse para informar la decisión de remitir a un especialista a un paciente con síntomas gastrointestinales inexplicables, pero con bajo riesgo de cáncer colorrectal.	normal; puede ser positivo en la enfermedad inflamatoria intestinal o en el cáncer colorrectal
prueba inmunoquímica fecal cuantitativa (FIT) Puede solicitarse ante la sospecha de cáncer colorrectal. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan la FIT cuantitativa para orientar la derivación por sospecha de cáncer colorrectal en determinados adultos con dolor abdominal inexplicable o en aquellos con un cambio en el hábito intestinal.[37] [38] Si el valor de FIT es ≥ 10 microgramos de hemoglobina/g de heces, se recomienda la derivación urgente a atención secundaria (en un plazo de 2 semanas). Basándose en los resultados del FIT, pueden evitarse algunas pruebas diagnósticas como la colonoscopia en personas con menos probabilidades de padecer cáncer colorrectal, poniendo así los recursos a disposición de las personas que más los necesitan.[37] [38]	Un valor FIT de ≥ 10 microgramos de hemoglobina/g de heces indica posible cáncer colorrectal
pruebas serológicas para la enfermedad celíaca - Una prueba de anticuerpos antitransglutaminasa tisular puede ayudar a excluir la enfermedad celíaca.[34] [39] [40] [44] [45] - Si el paciente tiene diarrea y/o pérdida de peso, debe sospecharse que se trata de una enfermedad celíaca. La prueba más fiable es el ensayo inmunoenzimático de anticuerpos antitransglutaminasa tisular humana (anti-tTG). Esta prueba presenta una sensibilidad informada de casi el 100% y una especificidad del 95% al 97% para la enfermedad celíaca.[44] - Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan realizar pruebas para la enfermedad celíaca en todos los pacientes con sospecha de SII.[34] - Se debe confirmar un resultado positivo por una biopsia duodenal.[40] - Los anticuerpos endomisiales IgA (EMA) pueden analizarse cuando los anti-tTG son débilmente positivos o para confirmar el diagnóstico en niños o adultos en los que la endoscopia no es adecuada. - Los pacientes con deficiencia de IgA pueden tener un resultado falso negativo de anti-tTG. Las opciones de pruebas para estos pacientes incluyen la transglutaminasa tisular IgG y los péptidos deaminados de gliadina IgG o IgA.[40]	negativo
calprotectina fecal Se puede solicitar para diferenciar el SII de la EII.[34] [39] [40] [41] [42] [43] Presenta mayor utilidad clínica para este fin que la lactoferrina fecal. Un metanálisis exhaustivo evaluó los marcadores en 2145 pacientes con EII, SII o controles sanos y encontró que una lactoferrina fecal elevada no podía discriminar de forma fiable entre los grupos de pacientes, mientras que una calprotectina fecal	<50 microgramos/g significa que es improbable que haya una enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y que el síndrome del intestino

Prueba	Resultado
≤40 microgramos/g confería un 1% o menos de probabilidad de EII, excluyéndola esencialmente como diagnóstico.[42]	irritable (SII) es más probable
lactoferrina en heces Esta prueba se puede solicitar para diferenciar el SII de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).[39] [40] Su utilidad clínica para este fin es inferior a la de la lactoferrina fecal. Un metanálisis exhaustivo evaluó los marcadores en 2145 pacientes con EII, SII o controles sanos y encontró que una lactoferrina fecal elevada no podía discriminar de forma fiable entre los grupos de pacientes, mientras que una calprotectina fecal ≤40 microgramos/g confería un 1% o menos de probabilidad de EII, excluyéndola esencialmente como diagnóstico.[42]	<7.25 microgramos/g hace que la EII sea poco probable
proteína C-reactiva (PCR) sérica - Si no se dispone de pruebas de lactoferrina fecal o calprotectina, la PCR sérica es una opción razonable para detectar la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).[34] [39] [40] - La PCR sérica superior a 5-6 mg/L presenta una sensibilidad de 0.73 (IC del 95%: 0.64 a 0.80) y una especificidad de 0.78 (IC del 95%: 0.58 a 0.91) para identificar la EII en pacientes con diarrea.[40] Un metanálisis exhaustivo evaluó los marcadores serológicos en 2145 pacientes con EII, SII o controles sanos y encontró que una PCR ≤5 mg/L (≤0.5 mg/dL) confería de forma fiable un 1% o menos de probabilidad de EII, excluyéndola esencialmente como diagnóstico.[42] - Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan la prueba de proteína C-reactiva en suero en todos los pacientes que presentan sospecha de SII.[34]	normal
velocidad de sedimentación globular (VSG) La eritrosedimentación puede utilizarse para ayudar a descartar la enfermedad inflamatoria intestinal (EII).[34] [39] [40] Sin embargo, un metanálisis exhaustivo evaluó los marcadores serológicos en 2145 pacientes con EII, SII o controles sanos y encontró que una VSG elevada no podía discriminar de forma fiable entre los grupos de pacientes. Por lo tanto, se prefiere la proteína C reactiva.[42]	normal
factor de crecimiento de los fibroblastos séricos 19 Si es posible, se recomienda a los pacientes que presentan diarrea crónica para excluir una malabsorción de los ácidos biliares.[39] [40] [46]	normal; un nivel reducido sugiere una malabsorción de los ácidos biliares
prueba de ácido homotaurocólico taura-23-selena-25 (SeHCAT) - Si es posible, se recomienda a los pacientes que presentan diarrea crónica para excluir una malabsorción de los ácidos biliares.[39] [40] - El paciente ingiere un ácido biliar sintético etiquetado con un átomo trazador radionúclido (SeHCAT). Se realizan dos escaneos de cuerpo entero mediante una cámara gamma, con una semana de diferencia y se puede calcular la proporción de ácido biliar retenido.[34] La prueba no está disponible en Norteamérica.	normal; <15% de retención de SeHCAT después de 1 semana indica una malabsorción de los ácidos biliares
Recogida de heces durante 48 horas para los ácidos biliares totales Puede considerarse en pacientes que presentan diarrea crónica para excluir la malabsorción de ácidos biliares.[40]	normal; el aumento de los ácidos biliares en las heces sugiere una malabsorción de ácidos biliares

Prueba	Resultado
ensayo empírico del aglutinante de ácidos biliares Puede realizarse en pacientes con diarrea crónica para excluir la malabsorción de los ácidos biliares si no se dispone de otras pruebas diagnósticas.[39] [40]	sin mejoría en los síntomas de diarrea
prueba de hidrógeno/metano en el aliento Se puede solicitar si el paciente tiene diarrea y/o distensión. Sin embargo, esta prueba no se recomienda para confirmar el diagnóstico en pacientes que cumplen los criterios de diagnóstico del SII.[34]	normal; anormal en casos de crecimiento bacteriano excesivo o deficiencia de lactasa
pruebas de heces para Giardia lamblia - No se recomienda el análisis rutinario de heces para detectar patógenos entéricos (es decir, leucocitos fecales, óvulos y parásitos) en pacientes con sospecha de SII, pero los médicos de atención primaria suelen solicitar estas pruebas.[39] - El inmunoensayo fecal o la reacción en cadena de la polimerasa están indicados para los pacientes con factores de riesgo de giardiasis.[39] [40]	normal; los recuentos de leucocitos en las heces o la presencia de parásitos sugieren una enfermedad distinta del síndrome del intestino irritable (SII)
radiografía simple de abdomen Esta prueba puede ser útil en la evaluación de un paciente con distensión.[47]	normal; un patrón intestinal anormal sugiere obstrucción
colonoscopia - La guía de orientación desaconseja la colonoscopia rutinaria en pacientes con SII menores de 45 años sin características de alarma, que incluyen hematoquecia, melena, pérdida de peso involuntaria, edad avanzada de inicio de los síntomas (más de 50 años), antecedentes familiares de enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de colon y otras enfermedades gastrointestinales importantes.[39] - En el caso de los pacientes con rasgos de alarma, debe considerarse la posibilidad de realizar una colonoscopia.[39] - En los pacientes con sospecha de SII con diarrea que presentan un alto riesgo de colitis microscópica, es decir, edad avanzada (más de 60 años), sexo femenino y diarrea más intensa, existen algunas evidencias que respaldan el uso de la colonoscopia.[39] La colitis microscópica también debe sospecharse si el paciente no presenta dolor abdominal.	normal; la inflamación o ulceración de la mucosa sugiere una enfermedad inflamatoria intestinal
sigmoidoscopia flexible La sigmoidoscopia flexible puede detectar una mucosa anormal, que podría indicar una enfermedad intestinal inflamatoria y pólipos o carcinoma; sin embargo, las guías de práctica clínica no respaldan su uso para confirmar el diagnóstico del SII.[34]	normal; la mucosa anormal sugiere una enfermedad inflamatoria intestinal

Diferenciales

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
Enfermedad de Crohn	• Se puede presentar con fatiga, diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y sangrado rectal. • Otros signos pueden incluir úlceras orales, marcas cutáneas perianales, fístulas, abscesos y tractos sinusales; el examen abdominal puede revelar una masa palpable en la zona ileocecal; no hay masa presente en el tacto rectal.	• Coprocultivo, examen microscópico y prueba de antígenos: negativo. • Sangre oculta en heces: positivo • Serie de imágenes del intestino delgado y del tracto gastrointestinal superior: edema y ulceración de la mucosa con estrechamiento luminal y estenosis. • TC/IRM abdomen: lesiones discontinuas, engrosamiento de la pared intestinal, inflamación circundante, abscesos, fístulas. • Colonoscopia: úlceras aftosas, hiperemia, edema, lesiones nodulares o lesiones discontinuas.
Colitis ulcerosa	• Se puede presentar con diarrea hemorrágica, antecedentes de dolor en la parte inferior del abdomen, urgencia fecal, manifestaciones extraintestinales (p. ej., eritema nodoso, artropatía aguda) y antecedentes de colangitis esclerosante primaria. No se detecta ninguna masa en el tacto rectal.	• Coprocultivo, examen microscópico y prueba de antígenos: negativo. • Histología: enfermedad distal continua, depleción de mucina, plasmocitosis basal, atrofia difusa de la mucosa, ausencia de granulomas y preservación anal. • Colonoscopia: afectación rectal, afectación uniforme continua, pérdida de la trama vascular, eritema difuso, granularidad mucosa, íleon terminal normal (o ileítis por reflujo leve en la pancolitis).
Colitis microscópica	• Diarrea crónica acuosa, sin sangre. • Otros síntomas frecuentes son la urgencia fecal, la incontinencia fecal y las deposiciones nocturnas. • Más frecuente en pacientes >50 años y mujeres.	• Ileocolonoscopia con biopsias de colon derecho e izquierdo: confirma el diagnóstico.[48] La mucosa colónica presenta un aspecto macroscópico normal o casi normal. • Biopsia: demuestra colitis colágena (es decir, banda colágena subepitelial engrosada de ≥ 10 micrómetros (normal < 5 micrómetros) o colitis

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
		linfocítica (es decir, aumento del número de linfocitos intraepiteliales de ≥ 20 por 100 células epiteliales superficiales (normal < 5 micrómetros). Ambos tipos muestran un aumento del infiltrado inflamatorio en la lámina propia.[48]
Enfermedad celíaca	Los pacientes con enfermedad celíaca generalmente presentan pérdida de peso. La exploración física suele ser normal. Algunos pacientes con enfermedad celíaca presentarán osteoporosis temprana.	- Análisis clínicos básicos: pueden revelar anemia ferropénica, hipocalcemia o un tiempo de protrombina prolongado, si bien muchos pacientes con enfermedad celíaca no presentan alteraciones en las pruebas de laboratorio de rutina. - En la enfermedad celíaca pueden detectarse anticuerpos antitransglutaminasa tisular.[44] La biopsia del intestino delgado será anormal y presentará atrofia vellosa parcial en la enfermedad celíaca.
Cáncer de colon	El cáncer de colon, en ocasiones, puede provocar un cambio en el ritmo intestinal, con estreñimiento o deposiciones pequeñas pero más frecuentes. Algunos pacientes con cáncer de colon, pero no todos, presentarán sangre en las heces, y el cáncer rectal puede ser palpable en los exámenes rectales.	- Hemograma completo (HC): se puede presentar anemia ferropénica. - Sangre oculta en heces: puede ser positivo - Prueba inmunoquímica fecal cuantitativa (FIT): Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan la derivación urgente a atención secundaria para valores de FIT ≥ 10 microgramos de hemoglobina/g de heces. - Endoscopia: revela crecimiento maligno; el cáncer de colon se puede diagnosticar mediante colonoscopia, mientras que los cánceres de recto, de sigmoide y de la parte inferior del colon descendente se pueden observar mediante sigmoidoscopia flexible. - Enema de bario: aunque es menos sensible que

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
		la endoscopia, muchos cánceres de colon se pueden observar en un enema de bario con contraste de aire. La colonografía mediante TC es una opción para el cribado del cáncer colorrectal.
Infecciones intestinales	La mayor parte de las infecciones virales y bacterianas en pacientes inmunocompetentes son agudas. El parásito Giardia puede estar asociado a la diarrea, las náuseas y la hinchazón. La giardiasis también puede causar esteatorrea.	La exploración positiva de las heces para óvulos y parásitos o la detección de antígenos en las heces positivo para la lamblia G pueden utilizarse para el cribado. Se deben examinar múltiples deposiciones.
Sensibilidad al gluten no celíaca	Los pacientes presentarán hinchazón, cólico abdominal y diarrea similares a los del SII.	- Los estudios serán negativos, incluyendo el anticuerpo de la transglutaminasa tisular. - No hay biomarcador. - Los síntomas del paciente mejoran con una dieta sin gluten, especialmente sin trigo.[49]
Malabsorción del ácido biliar	Los pacientes presentan diarrea persistente. Puede ser clínicamente indistinguible del SII que predomina en la diarrea (SII-D). Más del 25% de los pacientes que cumplen con los criterios de diagnóstico para el SII-D presenta malabsorción de ácidos biliares.[30]	- Resultado de la prueba que indica una mala absorción de los ácidos biliares: aumento de ácidos biliares en las heces en una recogida de heces de 48 horas; reducción del factor de crecimiento de los fibroblastos séricos 19; <15% de retención del ácido homotaurocólico taurina-23-selena-25 o (SeHCAT) 1 semana después de la ingestión. - Los síntomas mejoran con un ensayo empírico de aglutinante de ácidos biliares.
Crecimiento excesivo de las bacterias de intestino delgado	Los pacientes se presentan con hinchazón abdominal, diarrea y calambres abdominales. La anamnesis puede mostrar afecciones que alteran la anatomía	La prueba de hidrógeno en el aliento indica un crecimiento excesivo bacteriano.

Afección	Signos/síntomas diferenciadores	Pruebas diferenciadoras
	intestinal, la motilidad y la secreción de ácido gástrico (p. ej., el uso de inhibidores de la bomba de protones o alteraciones anatómicas en el intestino, incluidas las fístulas, los divertículos y las asas del intestino ciego que se crean después de una cirugía).[50]	

Criterios

Criterio de Roma IV[2] [3]

Dolor abdominal recurrente, en promedio, al menos un día a la semana en los últimos 3 meses y asociado a dos o más de los siguientes criterios:

- Relacionado con la defecación
- Relacionado con un cambio en la frecuencia de las deposiciones
- Relacionado con un cambio en la forma (apariencia) de las deposiciones.

Criterios de Manning[51]

Dolor abdominal recurrente y al menos dos de los siguientes síntomas:

- El dolor se alivia con la defecación
- Deposiciones más frecuentes al inicio del dolor
- Deposiciones más diarreicas al inicio del dolor
- Distensión abdominal visible
- Paso de moco por el recto
- Sensación de evacuación incompleta.

Abordaje

El objetivo principal del tratamiento es disminuir la gravedad de los síntomas y mejorar la calidad de vida.

Con frecuencia se utiliza terapia farmacológica, además de modificaciones del estilo de vida y la dieta. El efecto placebo puede ser sólido; un metanálisis encontró que más de una cuarta parte de los pacientes con SII presentaron una mejoría significativa de los síntomas globales con el tratamiento placebo solo.[52]

Modificaciones dietéticas y del estilo de vida

Es importante establecer una relación terapéutica eficaz con cada paciente y ofrecerle información y tranquilidad.

Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una charla sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés. Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. La monitorización de los síntomas con ayuda de un diario puede resultar útil para identificar las sustancias y los factores desencadenantes. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos controlados aleatorizados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida o el dolor abdominal, en las personas con SII, aunque la certeza de las evidencias fue muy baja.[54]

Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

Dieta baja en FODMAP

Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es la dieta más basada en la evidencia para tratar el SII.

Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64] Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea

para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema.

Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse el cribado de la malnutrición mediante una herramienta validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben realizarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

Probióticos

Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes con SII.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

SII con predominio del estreñimiento (SII-C)

Fibra soluble

Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39][53] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

Laxantes osmóticos

La American Gastroenterological Association (AGA) sugiere que el polietilenglicol (PEG) puede utilizarse para el alivio específico de los síntomas, o como terapia coadyuvante para el tratamiento del SII con estreñimiento (SII-C).[78] Sin embargo, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology (ACG) contradicen esta afirmación, citando la falta de evidencias de que el PEG alivie el dolor abdominal, y por tanto los síntomas globales, en pacientes con SII-C.[39] Por lo tanto, no recomiendan el uso del PEG en solitario para el tratamiento de los síntomas globales del SII-C, aunque reconocen que los médicos pueden utilizar la PEG como tratamiento de primera línea del estreñimiento en el SII, dado su bajo coste y disponibilidad.[39]

Secretagogos

La lubiprostona, la linaclotida, la plecanatida o el tenapanor se recomiendan para pacientes con estreñimiento persistente a pesar del tratamiento con laxantes iniciales.[39][53] [78] Una revisión sistemática y un metanálisis en red que examinaron la eficacia relativa de estos secretagogos en 15 EAC encontraron que todos presentaban resultados superiores al placebo.[79] La linaclotida era el fármaco más eficaz para aliviar el estreñimiento. La plecanatida presentaba el mejor perfil de seguridad.[79] En los análisis se utilizaron datos extraídos en un punto temporal de 12 semanas; se desconocen los efectos a más largo plazo.

La linaclotida y la plecanatida son péptidos de 14 aminoácidos de absorción mínima que se unen y activan el receptor de la guanilato ciclasa C en la superficie luminal del enterocito. Esto da lugar a un aumento de los niveles de monofosfato de guanosina cíclica (cGMP), un segundo mensajero que aumenta la secreción de fluido intestinal.[80] La plecanatida y la linaclotida son comparablemente eficaces, seguras y bien toleradas.[39] [81] La diarrea es un efecto secundario frecuente de ambos medicamentos.[53]

El tratamiento con lubiprostona, un activador del canal 2 del cloruro (CIC2), es una alternativa en pacientes con SII con estreñimiento predominante que no toleran laxantes o ablandadores de heces, o en los que éstos no son eficaces.[39] [82] [83] La lubiprostona está aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU. para el tratamiento del SII con estreñimiento solo en mujeres de edad ≥ 18 años. La diarrea es un efecto adverso menos frecuente con la lubiprostona que con otros secretagogos; sin embargo, debe advertirse a los pacientes de que las náuseas son un efecto secundario frecuente.[53]

Tenapanor, un inhibidor del intercambiador sodio-protón NHE3, es otra alternativa. Es eficaz para el estreñimiento y otros síntomas globales del SII como la hinchazón. Al igual que ocurre con la linaclotida y la plecanatida, la diarrea es un efecto secundario.[53]

Tegaserod

Tegaserod, un agonista parcial de los receptores de serotonina-4 (5HT-4), se recomendó anteriormente en algunos países para el tratamiento del SII con estreñimiento en mujeres menores de 65 años con ≤ 1 factor de riesgo cardiovascular que no respondían adecuadamente a los secretagogos.[39] El tegaserod se retiró del mercado estadounidense en 2007 por la preocupación que suscitaba el aumento del riesgo

de accidentes cardiovasculares. En 2019, basándose en una revisión de seguridad, la FDA aprobó la reintroducción de tegaserod en los Estados Unidos. El fármaco nunca ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento.[84] [85] Según un anuncio de 2022, el tegaserod se retiró de nuevo del mercado estadounidense en junio de 2022; se informa que la retirada se debe a razones comerciales y no a la seguridad y eficacia del producto o a una retirada impuesta.[86] El fabricante ha declarado que el medicamento estará disponible en el mercado estadounidense hasta que se agoten las existencias.

SII con predominio de la diarrea

Antidiarreicos

La loperamida y los agonistas/antagonistas opioides (p. ej., eluxadolina) se recomiendan de diversas formas para los pacientes con SII con diarrea predominante.[34] [39] [87]

La loperamida es un agonista opioide periférico sintético. Inhibe el peristaltismo y la actividad antisecretoria y prolonga el tiempo de tránsito intestinal con penetración limitada de la barrera hematoencefálica.[87]

Tanto el ACG como la AGA señalan que la loperamida mejora la diarrea, pero no los síntomas generales del SII.[39] [87]

Eluxadolina es un agonista y antagonista mixto de los receptores opioides, de absorción mínima, desarrollado para reducir el dolor abdominal y la diarrea en pacientes con SII con diarrea predominante (SII-D), sin efectos secundarios de estreñimiento.[88] En los estudios ha demostrado mejorías significativas en la consistencia de las heces y la urgencia, pero menos efecto en el dolor abdominal. Por lo tanto, puede ser más útil en pacientes con SII-D con diarrea predominante y molesta que en aquellos con dolor abdominal predominante o más intenso.[87] El eluxadolina está contraindicado en pacientes sin vesícula biliar o en pacientes que toman más de 3 bebidas alcohólicas al día debido al aumento del riesgo de pancreatitis con resultado de hospitalización o muerte.[89]

Colestiramina

La colestiramina puede ser más eficaz que la loperamida en pacientes que se han sometido a una colecistectomía. Si se sospecha que existe una diarrea relacionada con los ácidos biliares, puede justificarse un ensayo con colestiramina, ya sea de forma empírica o tras la realización de pruebas, si se dispone de ellas.[40]

Alosetrón

El alosetrón es un antagonista 5-HT₃; se ha demostrado que mejora significativamente los síntomas en pacientes con SII-D.[90] [91]

La disponibilidad de alosetrón puede estar restringida por motivos de seguridad. Fue aprobado originalmente por la FDA en 2000 para el tratamiento del SII-D en mujeres; sin embargo, se retiró voluntariamente debido a efectos adversos graves, en particular colitis isquémica y complicaciones graves del estreñimiento.[87] [91] [92] Se reintrodujo en 2002, pero con un uso restringido al tratamiento del SII-D grave en mujeres sometidas a un programa de manejo de riesgos. Aunque siguen existiendo riesgos de seguridad con el alosetrón, la FDA ha suspendido el programa de manejo de riesgos. Se recomienda asesorar a los pacientes sobre los signos y síntomas de las complicaciones graves del estreñimiento y la colitis isquémica. Se recomienda la interrupción inmediata del tratamiento en pacientes con signos o síntomas de colitis isquémica.

El alosetrón solo se recomienda para las mujeres con SII grave con predominio de la diarrea que hayan tenido síntomas durante 6 meses o más, no presenten anomalías físicas o bioquímicas del tracto gastrointestinal y no hayan respondido adecuadamente al tratamiento convencional.[39] [87] Los síntomas graves se definen como uno o más de los siguientes: dolor/malestar abdominal frecuente e intenso, urgencia intestinal frecuente o incontinencia fecal, y/o discapacidad o restricción de las actividades cotidianas debido al SII.[87]

Rifaximina

Se ha demostrado que la rifaximina, un antibiótico oral de amplio espectro y absorción mínima, reduce los síntomas globales, la hinchazón, el dolor abdominal y las deposiciones acuosas y blandas en pacientes con SII sin estreñimiento.[72] [87][93] [94] [95] La rifaximina puede utilizarse como tratamiento inicial o recurrente.[87] Ha sido aprobado por la FDA como un curso de 14 días para el tratamiento del SII y con predominio de la diarrea. Para los síntomas recurrentes, se aprueban hasta tres ciclos.

Dolor o distensión

Existen muchas opciones para el tratamiento del dolor, incluidas las modificaciones del estilo de vida y la dieta.[96]

Antiespasmódicos

Puede considerarse la administración de antiespasmódicos a los pacientes que presentan dolor o distensión abdominal.[34] [87] Actúan relajando el músculo liso, reduciendo así la motilidad intestinal. Una revisión de la Cochrane encontró que los pacientes que tomaban antiespasmódicos presentaban una mejoría significativamente mayor tanto del dolor abdominal como de los síntomas globales del SII.[76] Sin embargo, el efecto de los antiespasmódicos individuales fue difícil de interpretar debido a la inclusión de 12 fármacos diferentes y al pequeño número de estudios evaluados para cada fármaco. También se observaron variaciones considerables entre los estudios en cuanto a los criterios de diagnóstico e inclusión, la pauta de dosificación y los criterios de valoración del estudio.[87]

Debido a la falta de evidencias de alta calidad disponibles, las guías de práctica clínica del ACG desaconsejan el uso de los antiespasmódicos actualmente disponibles en EE.UU. para tratar los síntomas globales del SII (diciclomina e hiosciamina). Reconocen que existen datos más sólidos que respaldan el uso de antiespasmódicos alternativos disponibles a nivel internacional.[39] La AGA difiere en sus orientaciones y sí recomienda la hiosciamina y la diciclomina.[78] [87]

No todos los fármacos antiespasmódicos están disponibles universalmente; por ejemplo, los no anticolinérgicos mebeverina y alverina no están aprobados para su uso en los Estados Unidos. La mebeverina y la alverina tienen probablemente una eficacia similar a la de los anticolinérgicos en el tratamiento del SII.

El aceite de menta tiene propiedades antiespasmódicas y tanto el ACG como la AGA lo recomiendan para aliviar los síntomas generales del SII.[39] [78][87] Se presenta en forma de gotas o comprimidos de liberación sostenida con recubrimiento entérico. La evidencia es de carácter mixto. Un metanálisis encontró que el aceite de menta reducía el dolor abdominal y los síntomas generales del SII en comparación con el placebo.[97] Sin embargo, en un posterior EAC (en el que se emplearon los criterios de valoración recomendados por las autoridades reguladoras) se llegó a la conclusión de que el aceite de menta no reduce significativamente el dolor abdominal, ni mejora el alivio general de los síntomas.[98]

Antidepresivos.

Si el dolor persiste a pesar de los antiespasmódicos, un antidepresivo tricíclico (ATC), utilizado como neuromodulador intestino-cerebro, puede ser beneficioso.[39] [78][87] [99] Se cree que los ATC mejoran el dolor visceral y central al actuar sobre los receptores noradrenalínicos y dopaminérgicos. También pueden mejorar el dolor abdominal debido a sus efectos anticolinérgicos. A dosis más altas pueden ralentizar el tránsito gastrointestinal, lo que puede ser útil en pacientes con urgencia y diarrea, pero potencialmente problemático en pacientes con estreñimiento. Los ATC de aminas secundarias (p. ej., desipramina y nortriptilina) pueden tolerarse mejor en pacientes con SII con estreñimiento predominante debido a sus menores efectos anticolinérgicos.[78] [87]

Entre los efectos adversos cabe destacar sequedad de boca y ojos, retención urinaria, arritmias cardíacas, sedación y estreñimiento, por lo que es necesario seleccionar cuidadosamente a los pacientes.[39] [87] Los efectos beneficiosos de los ATC sobre los síntomas del SII parecen ser independientes de los efectos sobre la depresión y pueden durar varias semanas.[87]

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no se recomiendan en las guías de práctica clínica estadounidenses debido a la falta de evidencias de alta calidad de que mejoren significativamente los síntomas globales o el dolor abdominal en pacientes con SII.[39] [87]

En un metanálisis, el análisis de subgrupos por clase de antidepresivo no encontró beneficios significativos de los ISRS en pacientes con SII y dolor abdominal; el efecto beneficioso sobre el dolor abdominal pareció limitarse a los ATC.[100] Las guías de práctica clínica de la AGA señalan que en algunos pacientes, sin embargo, los ISRS pueden mejorar la percepción de los síntomas generales del SII y el bienestar al mejorar los síntomas gastrointestinales, el estado de ánimo y los síntomas extraintestinales.[87] Las guías de práctica clínica del Reino Unido difieren de las de EE.UU. y recomiendan el uso de ISRS como alternativa a los ATC para tratar los síntomas globales del SII.[53]

Terapia psicológica

Los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico pueden necesitar la derivación a tratamientos y ayuda psicológicos más intensivos.[34] Un metanálisis de EAC de terapias psicológicas para el SII demostró que varios tipos de terapia eran más eficaces que las intervenciones de control. Sin embargo, las evidencias más convincentes, basadas en el número de ensayos y los resultados a largo plazo, fueron para la terapia cognitivo-conductual (TCC) específica del SII y la hipnoterapia dirigida al intestino.[101] Ambas se recomiendan en las guías de práctica clínica de Estados Unidos y del Reino Unido; las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Reino Unido especifican un papel para ellas cuando los síntomas no han mejorado tras 12 meses de tratamiento farmacológico, mientras que las guías de práctica clínica del ACG recomiendan su uso junto con otras terapias para el SII en pacientes emocionalmente estables pero que presentan factores cognitivo-afectivos del SII.[34] [39]

Es posible que los pacientes con síntomas predominantemente relacionados con el dolor deban ser derivados a un especialista o clínica del dolor.

El SII se produce después de una infección entérica

No existen tratamientos específicos para el SII que se produce después de una infección entérica. Debe tratarse según el síntoma predominante, que suele ser la diarrea o un patrón de heces mixtas.[102]

Resumen del algoritmo de tratamiento

Tenga en cuenta que las formulaciones/vías y dosis pueden diferir entre los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Las recomendaciones de tratamiento son específicas para cada grupo de pacientes: [ver aviso legal](#)

En curso			(Resumen)
predominio de estreñimiento			
	■ dolor o distensión abdominal no predominante	1ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		adjunto	laxantes
		2ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		más	secretagogo
	■ con predominio de dolor o distensión abdominal	3ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		1ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		adjunto	laxantes
		más	antiespasmódicos
		2ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		más	antidepresivo
		más	secretagogo
		adjunto	terapia psicológica
		3ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		más	antidepresivo
adjunto	terapia psicológica		
predominio de diarrea			
■ dolor o distensión abdominal no predominante	1ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida	
	más	antidiarreico	
	■ dolor o hinchazón predominante	1ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		más	antidiarreico

En curso		(Resumen)	
		más	antiespasmódicos
		2ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida
		más	antidepresivo
		adjunto	terapia psicológica
estreñimiento y diarrea alternantes			
■ dolor o distensión abdominal no predominante	1ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida	
	adjunto	laxantes	
	adjunto	loperamida	
■ dolor o hinchazón predominante	1ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida	
	más	antiespasmódicos	
	adjunto	laxantes	
	adjunto	loperamida	
	2ª	modificaciones dietéticas y del estilo de vida	
	más	antidepresivos	
	adjunto	terapia psicológica	

Algoritmo de tratamiento

Tenga en cuenta que las formulaciones/vías y dosis pueden diferir entre los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Las recomendaciones de tratamiento son específicas para cada grupo de pacientes: [ver aviso legal](#)

En curso

predominio de estreñimiento

■ dolor o distensión abdominal no predominante

1ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

- » En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.
- » Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.
- » Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]
- » Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]
- » Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

En curso

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la

En curso

reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir las flatulencias y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

adjunto laxantes

En curso

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» La American Gastroenterological Association sugiere que el polietilenglicol (PEG) puede utilizarse para el alivio específico de los síntomas, o como terapia coadyuvante para el tratamiento del SII con estreñimiento (SII-C).[78] Sin embargo, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology contradicen esta afirmación, citando la falta de evidencias de que la PEG alivie el dolor abdominal, y por tanto los síntomas globales, en pacientes con SII-C.[39] Por lo tanto, no recomiendan el uso del PEG en solitario para el tratamiento de los síntomas globales del SII-C, aunque reconocen que los médicos pueden utilizar la PEG como tratamiento de primera línea del estreñimiento en el SII, dado su bajo coste y disponibilidad.[39]

2ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe

En curso

remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

» Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de

En curso

la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir las flatulencias y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser

En curso

más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

más

secretagogo

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **lubiproston**: mujeres: 8 microgramos por vía oral dos veces al día

O

» **linaclotida**: 290 microgramos por vía oral una vez al día

O

» **plecanatida**: 3 mg por vía oral una vez al día

O

» **tenapanor**: 50 mg por vía oral dos veces al día

» La lubiproston, la linaclotida, la plecanatida o el tenapanor son secretagogos recomendados para pacientes con estreñimiento persistente a pesar del tratamiento con laxantes iniciales.[39] [53] [78]

» Una revisión sistemática y un metanálisis en red que examinaron la eficacia relativa de estos secretagogos en 18 ensayos controlados aleatorizados encontraron que todos eran superiores al placebo.[79] La linaclotida era el fármaco más eficaz para aliviar el estreñimiento. La plecanatida presentaba el mejor perfil de seguridad.[79] En los análisis se utilizaron datos extraídos en un punto temporal de 12 semanas; se desconocen los efectos a más largo plazo.

» La linaclotida y la plecanatida son péptidos de 14 aminoácidos de absorción mínima que se unen y activan el receptor de la guanilato ciclasa C en la superficie luminal del enterocito. Esto da lugar a un aumento de los niveles de

En curso

monofosfato de guanosina cíclica (cGMP), un segundo mensajero que aumenta la secreción de fluido intestinal.[80] La plecanatida y la linaclotida son comparablemente eficaces, seguras y bien toleradas.[39] [81] La diarrea es un efecto secundario frecuente de ambos medicamentos.[53]

» El tratamiento con lubiprostona, un activador del canal 2 del cloruro (CIC2), es una alternativa en pacientes con SII con estreñimiento predominante que no toleran laxantes o ablandadores de heces, o en los que éstos no son eficaces.[39] [82] [83] La lubiprostona está aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU. para el tratamiento del SII con estreñimiento solo en mujeres de edad ≥18 años. La diarrea es un efecto adverso menos frecuente con la lubiprostona que con otros secretagogos; sin embargo, debe advertirse a los pacientes de que las náuseas son un efecto secundario frecuente.[53]

» Tenapanor, un inhibidor del intercambiador sodio-protón NHE3, es otra alternativa. Es eficaz para el estreñimiento y otros síntomas globales del SII como la hinchazón. Al igual que ocurre con la linaclotida y la plecanatida, la diarrea es un efecto secundario.[53]

3ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

En curso

- » Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]
- » Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.
- » Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]
- » Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]
- » Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

En curso

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir las flatulencias y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto

En curso

■ con predominio de dolor o distensión abdominal

1ª

a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

En curso

- » Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.
- » Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]
- » Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]
- » Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]
- » Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

En curso

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo

En curso

de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

adjunto laxantes

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» La American Gastroenterological Association sugiere que el polietilenglicol (PEG) puede utilizarse para el alivio específico de los síntomas, o como terapia coadyuvante para el tratamiento de los síntomas del SII con estreñimiento (SII-C).[78] Sin embargo, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology (ACG) contradicen esta afirmación, citando la falta de evidencias de que el PEG alivie el dolor abdominal, y por tanto los síntomas globales, en pacientes con SII-C.[39] Por lo tanto, no recomiendan el uso del PEG en solitario para el tratamiento de los síntomas globales del SII-C, aunque reconocen que los médicos pueden utilizar la PEG como tratamiento de primera línea del estreñimiento en el SII, dado su bajo coste y disponibilidad.[39]

más antiespasmódicos

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **diclocloverina**: 10-20 mg por vía oral tres veces al día cuando sea necesario

O

» **hiosciamina**: 0.125 a 0.25 mg por vía oral/sublingual tres a cuatro veces al día cuando sea necesario, máximo 1.5 mg/día

O

» **aceite de menta piperita**: consulte la literatura del producto para obtener orientación sobre la dosis

» Puede considerarse la administración de antiespasmódicos a los pacientes que presentan dolor o distensión abdominal.[34] [87] Actúan relajando el músculo liso, reduciendo así la motilidad intestinal. Una revisión de la Cochrane encontró que los pacientes que tomaban antiespasmódicos presentaban una mejoría significativamente mayor tanto

En curso

del dolor abdominal como de los síntomas globales del SII.[76] Sin embargo, el efecto de los antiespasmódicos individuales fue difícil de interpretar debido a la inclusión de 12 fármacos diferentes y al pequeño número de estudios evaluados para cada fármaco. También se observaron variaciones considerables entre los estudios en cuanto a los criterios de diagnóstico e inclusión, la pauta de dosificación y los criterios de valoración del estudio.[87]

» Debido a la falta de evidencias de alta calidad disponibles, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology (ACG) desaconsejan el uso de los antiespasmódicos actualmente disponibles en EE.UU. para tratar los síntomas globales del SII (diciclomina e hiosciamina). Reconocen que existen datos más sólidos que respaldan el uso de antiespasmódicos alternativos disponibles a nivel internacional.[39] La American Gastroenterological Association (AGA) difiere en sus orientaciones y sí recomienda la hiosciamina y la diciclomina.[78] [87]

» No todos los fármacos antiespasmódicos están disponibles universalmente; por ejemplo, los no anticolinérgicos mebeverina y alverina no están aprobados para su uso en los Estados Unidos. La mebeverina y la alverina tienen probablemente una eficacia similar a la de los anticolinérgicos en el tratamiento del SII.

» El aceite de menta tiene propiedades antiespasmódicas y tanto el ACG como la AGA lo recomiendan para aliviar los síntomas generales del SII.[39][78] [87] Se presenta en forma de gotas o comprimidos de liberación sostenida con recubrimiento entérico. La evidencia es de carácter mixto. Un metanálisis encontró que el aceite de menta reducía el dolor abdominal y los síntomas generales del SII en comparación con el placebo.[97] Sin embargo, en un ensayo aleatorizado controlado posterior (en el que se emplearon los criterios de valoración recomendados por las autoridades reguladoras) se llegó a la conclusión de que el aceite de menta piperita no reduce significativamente el dolor abdominal, ni mejoría el alivio general de los síntomas.[98]

2ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

En curso

- » Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.
- » Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]
- » Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]
- » Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.
- » Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]
- » Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

En curso

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

En curso

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39]

[55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

más

antidepresivo

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **amitriptilina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

O

» **nortriptilina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis

En curso

gradualmente en función de la respuesta, máximo 75 mg/día

O

» **desipramina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

Opciones secundarias

» **paroxetina**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

O

» **citalopram**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

» Si el dolor persiste a pesar de los antiespasmódicos, puede ser beneficioso un antidepresivo tricíclico (ATC) como la amitriptilina, la nortriptilina o la desipramina, utilizados como neuromoduladores intestino-cerebrales.[39][78] [87] [99] Se cree que los ATC mejoran el dolor visceral y central al actuar sobre los receptores noradrenalínicos y dopaminérgicos. También pueden mejorar el dolor abdominal debido a sus efectos anticolinérgicos. A dosis más altas pueden ralentizar el tránsito gastrointestinal, lo que puede ser útil en pacientes con urgencia y diarrea, pero potencialmente problemático en pacientes con estreñimiento. Los ATC de aminas secundarias (p. ej., desipramina y nortriptilina) pueden tolerarse mejor en pacientes con SII con estreñimiento predominante debido a sus menores efectos anticolinérgicos.[78] [87] Entre los efectos adversos cabe destacar sequedad de boca y ojos, retención urinaria, arritmias cardíacas, sedación y estreñimiento, por lo que es necesario seleccionar cuidadosamente a los pacientes.[39] [87] Los efectos beneficiosos de los ATC sobre los síntomas del SII parecen ser independientes de los efectos sobre la depresión y pueden durar varias semanas.[87]

» Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no se recomiendan en las guías de práctica clínica estadounidenses debido a la falta de evidencias de alta calidad de que mejoren significativamente los síntomas globales o el dolor abdominal en pacientes con SII.[39] [87] En un metanálisis, el análisis de subgrupos por clase de antidepresivo no encontró beneficios significativos de los ISRS

En curso

en pacientes con SII y dolor abdominal; el efecto beneficioso sobre el dolor abdominal pareció limitarse a los ATC.[100] Las guías de práctica clínica de la American Gastroenterological Association señalan que en algunos pacientes, sin embargo, los ISRS pueden mejorar la percepción de los síntomas generales del SII y el bienestar al mejorar los síntomas gastrointestinales, el estado de ánimo y los síntomas extraintestinales.[87] Las guías de práctica clínica del Reino Unido difieren de las de EE.UU. y recomiendan el uso de ISRS como alternativa a los ATC para tratar los síntomas globales del SII.[53]

» El tratamiento debe iniciarse a dosis bajas y ajustarse gradualmente en función de la respuesta y la tolerabilidad.

más

secretagogo

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **lubiprostona**: mujeres: 8 microgramos por vía oral dos veces al día

O

» **linaclotida**: 290 microgramos por vía oral una vez al día

O

» **plecanatida**: 3 mg por vía oral una vez al día

O

» **tenapanor**: 50 mg por vía oral dos veces al día

» La lubiprostona, la linaclotida, la plecanatida o el tenapanor son secretagogos recomendados para pacientes con estreñimiento persistente a pesar del tratamiento con laxantes iniciales.[39] [53] [78]

» Una revisión sistemática y un metanálisis en red que examinaron la eficacia relativa de estos secretagogos en 18 ensayos controlados aleatorizados encontraron que todos eran superiores al placebo.[79] La linaclotida era el fármaco más eficaz para aliviar el estreñimiento. La plecanatida presentaba el mejor perfil de

En curso

seguridad.[79] En los análisis se utilizaron datos extraídos en un punto temporal de 12 semanas; se desconocen los efectos a más largo plazo.

» La linaclotida y la plecanatida son péptidos de 14 aminoácidos de absorción mínima que se unen y activan el receptor de la guanilato ciclasa C en la superficie luminal del enterocito. Esto da lugar a un aumento de los niveles de monofosfato de guanosina cíclica (cGMP), un segundo mensajero que aumenta la secreción de fluido intestinal.[80] La plecanatida y la linaclotida son comparablemente eficaces, seguras y bien toleradas.[39] [81] La diarrea es un efecto secundario frecuente de ambos medicamentos.[53]

» El tratamiento con lubiprostona, un activador del canal 2 del cloruro (CIC2), es una alternativa en pacientes con SII con estreñimiento predominante que no toleran laxantes o ablandadores de heces, o en los que éstos no son eficaces.[39] [82] [83] La lubiprostona está aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de EE.UU. para el tratamiento del SII con estreñimiento solo en mujeres de edad ≥ 18 años. La diarrea es un efecto adverso menos frecuente con la lubiprostona que con otros secretagogos; sin embargo, debe advertirse a los pacientes de que las náuseas son un efecto secundario frecuente.[53]

» Tenapanor, un inhibidor del intercambiador sodio-protón NHE3, es otra alternativa. Es eficaz para el estreñimiento y otros síntomas globales del SII como la hinchazón. Al igual que ocurre con la linaclotida y la plecanatida, la diarrea es un efecto secundario.[53]

adjunto **terapia psicológica**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico pueden necesitar la derivación a tratamientos y ayuda psicológicos más intensivos.[34] Un metanálisis de ensayos aleatorizados controlados de terapias psicológicas para el SII demostró que varios tipos de terapia eran más eficaces que las intervenciones de control. Sin embargo, las evidencias más convincentes, basadas en el número de ensayos y los resultados a largo plazo, fueron para la terapia cognitivo-conductual (TCC) específica del SII y la hipnoterapia dirigida al intestino.[101] Ambas se recomiendan en las guías de práctica clínica de

En curso

EE.UU. y el Reino Unido; las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido especifican su uso cuando los síntomas no han mejorado tras 12 meses de tratamiento farmacológico, mientras que las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology recomiendan su uso junto con otras terapias del SII en pacientes emocionalmente estables pero que presentan factores cognitivo-afectivos del SII.[34] [39]

» Es posible que los pacientes con síntomas predominantemente relacionados con el dolor deban ser derivados a un especialista o clínica del dolor.

3ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

En curso

- » Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.
- » Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]
- » Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]
- » Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]
- » Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

En curso

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo

En curso

más

de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

antidepresivo

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **amitriptilina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

O

» **nortriptilina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 75 mg/día

O

» **desipramina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

Opciones secundarias

» **paroxetina**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

O

» **citalopram**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

» Si el dolor persiste a pesar de los antiespasmódicos, puede ser beneficioso un antidepresivo tricíclico (ATC) como la amitriptilina, la nortriptilina o la desipramina, utilizados como neuromoduladores intestino-cerebrales.[39] [78][87][99] Se cree que los ATC mejoran el dolor visceral y central al actuar sobre los receptores noradrenalínicos y dopaminérgicos. También pueden mejorar el dolor abdominal debido a sus efectos anticolinérgicos. A dosis más altas pueden ralentizar el tránsito gastrointestinal, lo que puede ser útil en pacientes con urgencia y diarrea, pero potencialmente problemático en pacientes con estreñimiento. Los ATC de aminas secundarias (p. ej., desipramina y nortriptilina) pueden tolerarse mejor en pacientes con SII

En curso

con estreñimiento predominante debido a sus menores efectos anticolinérgicos.[78] [87] Entre los efectos adversos cabe destacar sequedad de boca y ojos, retención urinaria, arritmias cardíacas, sedación y estreñimiento, por lo que es necesario seleccionar cuidadosamente a los pacientes.[39] [87] Los efectos beneficiosos de los ATC sobre los síntomas del SII parecen ser independientes de los efectos sobre la depresión y pueden durar varias semanas.[87]

» Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no se recomiendan en las guías de práctica clínica estadounidenses debido a la falta de evidencias de alta calidad de que mejoren significativamente los síntomas globales o el dolor abdominal en pacientes con SII.[39] [87] En un metanálisis, el análisis de subgrupos por clase de antidepresivo no encontró beneficios significativos de los ISRS en pacientes con SII y dolor abdominal; el efecto beneficioso sobre el dolor abdominal pareció limitarse a los ATC.[100] Las guías de práctica clínica de la American Gastroenterological Association señalan que en algunos pacientes, sin embargo, los ISRS pueden mejorar la percepción de los síntomas generales del SII y el bienestar al mejorar los síntomas gastrointestinales, el estado de ánimo y los síntomas extraintestinales.[87] Las guías de práctica clínica del Reino Unido difieren de las de EE.UU. y recomiendan el uso de ISRS como alternativa a los ATC para tratar los síntomas globales del SII.[53]

» El tratamiento debe iniciarse a dosis bajas y ajustarse gradualmente en función de la respuesta y la tolerabilidad.

adjunto terapia psicológica

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico pueden necesitar la derivación a tratamientos y ayuda psicológicos más intensivos.[34] Un metanálisis de ensayos aleatorizados controlados de terapias psicológicas para el SII demostró que varios tipos de terapia eran más eficaces que las intervenciones de control. Sin embargo, las evidencias más convincentes, basadas en el número de ensayos y los resultados a largo plazo, fueron para la terapia cognitivo-conductual (TCC) específica del SII y la hipnoterapia dirigida al intestino.[101] Ambas se recomiendan en las guías de práctica clínica de

En curso

EE.UU. y el Reino Unido; las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido especifican su uso cuando los síntomas no han mejorado tras 12 meses de tratamiento farmacológico, mientras que las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology recomiendan su uso junto con otras terapias del SII en pacientes emocionalmente estables pero que presentan factores cognitivo-afectivos del SII.[34] [39]

» Es posible que los pacientes con síntomas predominantemente relacionados con el dolor deban ser derivados a un especialista o clínica del dolor.

predominio de diarrea

■ dolor o distensión abdominal no predominante

1^a

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos

En curso

recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

» Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para

En curso

restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir las flatulencias y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

En curso

más

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

antidiarreico

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **loperamida**: 2-4 mg por vía oral inicialmente, seguidos de 2 mg tras cada deposición diarreica cuando sea necesario, máximo 16 mg/día

O

» **colestiramina**: 2-4 g por vía oral dos a cuatro veces al día

O

» **eluxadolina**: 75-100 mg por vía oral dos veces al día

Opciones secundarias

» **alosetrón**: 0.5 a 1 mg por vía oral dos veces al día

O

» **rifaximina**: 550 mg por vía oral tres veces al día durante 14 días; el curso puede repetirse dos veces si los síntomas son recurrentes

» La loperamida y los agonistas/antagonistas opioides (p. ej., la eluxadolina) se recomiendan de diversas formas para los pacientes con SII con diarrea predominante (SII-D).[34] [39] [87]

» La loperamida es un agonista opioide periférico sintético. Inhibe el peristaltismo y la actividad antisecretoria y prolonga el tiempo de tránsito intestinal con penetración limitada de la barrera hematoencefálica.[87] El American College of Gastroenterology (ACG) y la American Gastroenterological Association (AGA) señalan que la loperamida mejora la diarrea, pero no los síntomas generales del SII.[39] [87]

En curso

» Eluxadolina es un agonista y antagonista mixto de los receptores opioides, de absorción mínima, desarrollado para reducir el dolor abdominal y la diarrea en pacientes con SII-D, sin efectos secundarios de estreñimiento.[88] En los estudios ha demostrado mejorías significativas en la consistencia de las heces y la urgencia, pero menos efecto en el dolor abdominal. Por lo tanto, puede ser más útil en pacientes con SII-D con diarrea predominante y molesta que en aquellos con dolor abdominal predominante o más intenso.[87] El eluxadolina está contraindicado en pacientes sin vesícula biliar o en pacientes que toman más de 3 bebidas alcohólicas al día debido al aumento del riesgo de pancreatitis con resultado de hospitalización o muerte.[89]

» La colestiramina puede ser más eficaz que la loperamida en pacientes que se han sometido a una colecistectomía. Si se sospecha que existe una diarrea relacionada con los ácidos biliares, puede justificarse un ensayo con colestiramina, ya sea de forma empírica o tras la realización de pruebas, si se dispone de ellas.[40]

» El alosetrón y la rifaximina se recomiendan para el tratamiento del SII-D en pacientes cuyos síntomas persisten a pesar del tratamiento con loperamida o un agonista/antagonista opioide.[39] [87]

» El alosetrón es un antagonista 5-HT₃; se ha demostrado que mejora significativamente los síntomas en pacientes con SII-D.[90] [91]

» La disponibilidad del alosetrón puede estar restringida por motivos de seguridad. Fue aprobado inicialmente por la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU. (FDA) en 2000 para el tratamiento del SII-D en mujeres; sin embargo, se retiró voluntariamente debido a efectos adversos graves, en particular colitis isquémica y complicaciones graves del estreñimiento.[87] [91] [92] Se reintrodujo en 2002, pero con un uso restringido al tratamiento del SII-D grave en mujeres sometidas a un programa de manejo de riesgos. Aunque siguen existiendo riesgos de seguridad con el alosetrón, la FDA ha suspendido el programa de manejo de riesgos. Se recomienda asesorar a los pacientes sobre los signos y síntomas de las complicaciones graves del estreñimiento y la colitis isquémica. Se recomienda la interrupción inmediata del tratamiento en pacientes con signos o síntomas de colitis isquémica. El alosetrón solo se recomienda para las mujeres con SII grave con predominio de la diarrea

En curso

■ dolor o hinchazón predominante

1^a

que hayan presentado síntomas durante 6 meses o más, no presenten anomalías físicas o bioquímicas del tracto gastrointestinal y no hayan respondido adecuadamente al tratamiento convencional.[39] [87] Los síntomas graves se definen como uno o más de los siguientes: dolor/malestar abdominal frecuente e intenso, urgencia intestinal frecuente o incontinencia fecal, y/o discapacidad o restricción de las actividades cotidianas debido al SII.[87]

» Se ha demostrado que la rifaximina, un antibiótico oral de amplio espectro y absorción mínima, reduce los síntomas globales, la hinchazón, el dolor abdominal y las deposiciones acuosas y blandas en pacientes con SII sin estreñimiento.[72] [87][93] [94] [95] La FDA ha aprobado la rifaximina como tratamiento de 14 días para el SII con diarrea predominante. Para los síntomas recurrentes, se aprueban hasta tres ciclos.

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe

En curso

remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

» Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de

En curso

la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que

En curso

contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

más

antidiarreico

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **loperamida**: 2-4 mg por vía oral inicialmente, seguidos de 2 mg tras cada deposición diarreica cuando sea necesario, máximo 16 mg/día

O

» **colestiramina**: 2-4 g por vía oral dos a cuatro veces al día

O

» **eluxadolina**: 75-100 mg por vía oral dos veces al día

Opciones secundarias

» **alosetrón**: 0.5 a 1 mg por vía oral dos veces al día

O

» **rifaximina**: 550 mg por vía oral tres veces al día durante 14 días; el curso puede repetirse dos veces si los síntomas son recurrentes

» La loperamida y los agonistas/antagonistas opioides (p. ej., la eluxadolina) se recomiendan de diversas formas para los pacientes con SII con diarrea predominante (SII-D).[34] [39] [87]

» La loperamida es un agonista opioide periférico sintético. Inhibe el peristaltismo y la actividad antsecretoria y prolonga el tiempo de tránsito intestinal con penetración limitada de la barrera hematoencefálica.[87] El American College of Gastroenterology (ACG) y la American Gastroenterological Association (AGA) señalan que la loperamida mejora la

En curso

diarrea, pero no los síntomas generales del SII.[39] [87]

» Eluxadolina es un agonista y antagonista mixto de los receptores opioides, de absorción mínima, desarrollado para reducir el dolor abdominal y la diarrea en pacientes con SII-D, sin efectos secundarios de estreñimiento.[88] En los estudios ha demostrado mejoras significativas en la consistencia de las heces y la urgencia, pero menos efecto en el dolor abdominal. Por lo tanto, puede ser más útil en pacientes con SII-D con diarrea predominante y molesta que en aquellos con dolor abdominal predominante o más intenso.[87] El eluxadolina está contraindicado en pacientes sin vesícula biliar o en pacientes que toman más de 3 bebidas alcohólicas al día debido al aumento del riesgo de pancreatitis con resultado de hospitalización o muerte.[89]

» La colestiramina puede ser más eficaz que la loperamida en pacientes que se han sometido a una colecistectomía. Si se sospecha que existe una diarrea relacionada con los ácidos biliares, puede justificarse un ensayo con colestiramina, ya sea de forma empírica o tras la realización de pruebas, si se dispone de ellas.[40]

» El alosetrón y la rifaximina se recomiendan para el tratamiento del SII-D en pacientes cuyos síntomas persisten a pesar del tratamiento con loperamida o un agonista/antagonista opioide.[39] [87]

» El alosetrón es un antagonista 5-HT₃; se ha demostrado que mejora significativamente los síntomas en pacientes con SII-D.[90] [91]

» La disponibilidad del alosetrón puede estar restringida por motivos de seguridad. Fue aprobado inicialmente por la Administración de Medicamentos y Alimentos de EE. UU. (FDA) en 2000 para el tratamiento del SII-D en mujeres; sin embargo, se retiró voluntariamente debido a efectos adversos graves, en particular colitis isquémica y complicaciones graves del estreñimiento.[87] [91] [92] Se reintrodujo en 2002, pero con un uso restringido al tratamiento del SII-D grave en mujeres sometidas a un programa de manejo de riesgos. Aunque siguen existiendo riesgos de seguridad con el alosetrón, la FDA ha suspendido el programa de manejo de riesgos. Se recomienda asesorar a los pacientes sobre los signos y síntomas de las complicaciones graves del estreñimiento y la colitis isquémica. Se recomienda la interrupción inmediata del tratamiento en pacientes con

En curso

signos o síntomas de colitis isquémica. El alosetrón solo se recomienda para las mujeres con SII grave con predominio de la diarrea que hayan presentado síntomas durante 6 meses o más, no presenten anomalías físicas o bioquímicas del tracto gastrointestinal y no hayan respondido adecuadamente al tratamiento convencional.[39] [87] Los síntomas graves se definen como uno o más de los siguientes: dolor/malestar abdominal frecuente e intenso, urgencia intestinal frecuente o incontinencia fecal, y/o discapacidad o restricción de las actividades cotidianas debido al SII.[87]

» Se ha demostrado que la rifaximina, un antibiótico oral de amplio espectro y absorción mínima, reduce los síntomas globales, la hinchazón, el dolor abdominal y las deposiciones acuosas y blandas en pacientes con SII sin estreñimiento.[72] [87][93] [94] [95] La FDA ha aprobado la rifaximina como tratamiento de 14 días para el SII con diarrea predominante. Para los síntomas recurrentes, se aprueban hasta tres ciclos.

más antiespasmódicos

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **diclocloverina**: 10-20 mg por vía oral tres veces al día cuando sea necesario

O

» **hiosciamina**: 0.125 a 0.25 mg por vía oral/ sublingual tres a cuatro veces al día cuando sea necesario, máximo 1.5 mg/día

O

» **aceite de menta piperita**: consulte la literatura del producto para obtener orientación sobre la dosis

» Puede considerarse la administración de antiespasmódicos a los pacientes que presentan dolor o distensión abdominal.[34] [87] Actúan relajando el músculo liso, reduciendo así la motilidad intestinal. Una revisión de la Cochrane encontró que los pacientes que tomaban antiespasmódicos presentaban una mejoría significativamente mayor tanto del dolor abdominal como de los síntomas globales del SII.[76] Sin embargo, el efecto de

En curso

los antiespasmódicos individuales fue difícil de interpretar debido a la inclusión de 12 fármacos diferentes y al pequeño número de estudios evaluados para cada fármaco. También se observaron variaciones considerables entre los estudios en cuanto a los criterios de diagnóstico e inclusión, la pauta de dosificación y los criterios de valoración del estudio.[87]

» Debido a la falta de evidencias de alta calidad disponibles, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology (ACG) desaconsejan el uso de los antiespasmódicos actualmente disponibles en EE.UU. para tratar los síntomas globales del SII (dicyclomina e hiosciamina). Reconocen que existen datos más sólidos que respaldan el uso de antiespasmódicos alternativos disponibles a nivel internacional.[39] La American Gastroenterological Association (AGA) difiere en sus orientaciones y sí recomienda la hiosciamina y la dicyclomina.[78] [87]

» No todos los fármacos antiespasmódicos están disponibles universalmente; por ejemplo, los no anticolinérgicos mebeverina y alverina no están aprobados para su uso en los Estados Unidos. La mebeverina y la alverina tienen probablemente una eficacia similar a la de los anticolinérgicos en el tratamiento del SII.

» El aceite de menta tiene propiedades antiespasmódicas y tanto el ACG como la AGA lo recomiendan para aliviar los síntomas generales del SII.[39] [78][87] Se presenta en forma de gotas o comprimidos de liberación sostenida con recubrimiento entérico. La evidencia es de carácter mixto. Un metanálisis encontró que el aceite de menta reducía el dolor abdominal y los síntomas generales del SII en comparación con el placebo.[97] Sin embargo, en un ensayo aleatorizado controlado posterior (en el que se emplearon los criterios de valoración recomendados por las autoridades reguladoras) se llegó a la conclusión de que el aceite de menta piperita no reduce significativamente el dolor abdominal, ni mejoría el alivio general de los síntomas.[98]

2ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre

En curso

los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

» Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British

En curso

Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas

En curso

con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

más antidepresivo

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **amitriptilina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

O

» **nortriptilina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 75 mg/día

O

En curso

» **desipramina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

Opciones secundarias

» **paroxetina**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

O

» **citalopram**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

» Si el dolor persiste a pesar de los antiespasmódicos, puede ser beneficioso un antidepresivo tricíclico (ATC) como la amitriptilina, la nortriptilina o la desipramina, utilizados como neuromoduladores intestino-cerebrales.[39] [78][87][99] Se cree que los ATC mejoran el dolor visceral y central al actuar sobre los receptores noradrenalínicos y dopaminérgicos. También pueden mejorar el dolor abdominal debido a sus efectos anticolinérgicos. A dosis más altas pueden ralentizar el tránsito gastrointestinal, lo que puede ser útil en pacientes con urgencia y diarrea, pero potencialmente problemático en pacientes con estreñimiento. Los ATC de aminas secundarias (p. ej., desipramina y nortriptilina) pueden tolerarse mejor en pacientes con SII con estreñimiento predominante debido a sus menores efectos anticolinérgicos.[78] [87] Entre los efectos adversos cabe destacar sequedad de boca y ojos, retención urinaria, arritmias cardíacas, sedación y estreñimiento, por lo que es necesario seleccionar cuidadosamente a los pacientes.[39] [87] Los efectos beneficiosos de los ATC sobre los síntomas del SII parecen ser independientes de los efectos sobre la depresión y pueden durar varias semanas.[87]

» Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no se recomiendan en las guías de práctica clínica estadounidenses debido a la falta de evidencias de alta calidad de que mejoren significativamente los síntomas globales o el dolor abdominal en pacientes con SII.[39] [87] En un metanálisis, el análisis de subgrupos por clase de antidepresivo no encontró beneficios significativos de los ISRS en pacientes con SII y dolor abdominal; el efecto beneficioso sobre el dolor abdominal pareció limitarse a los ATC.[100] Las guías de práctica clínica de la American Gastroenterological

En curso

Association señalan que en algunos pacientes, sin embargo, los ISRS pueden mejorar la percepción de los síntomas generales del SII y el bienestar al mejorar los síntomas gastrointestinales, el estado de ánimo y los síntomas extraintestinales.[87] Las guías de práctica clínica del Reino Unido difieren de las de EE.UU. y recomiendan el uso de ISRS como alternativa a los ATC para tratar los síntomas globales del SII.[53]

» El tratamiento debe iniciarse a dosis bajas y ajustarse gradualmente en función de la respuesta y la tolerabilidad.

adjunto **terapia psicológica**

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico pueden necesitar la derivación a tratamientos y ayuda psicológicos más intensivos.[34] Un metanálisis de ensayos aleatorizados controlados de terapias psicológicas para el SII demostró que varios tipos de terapia eran más eficaces que las intervenciones de control. Sin embargo, las evidencias más convincentes, basadas en el número de ensayos y los resultados a largo plazo, fueron para la terapia cognitivo-conductual (TCC) específica del SII y la hipnoterapia dirigida al intestino.[101] Ambas se recomiendan en las guías de práctica clínica de EE.UU. y el Reino Unido; las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido especifican su uso cuando los síntomas no han mejorado tras 12 meses de tratamiento farmacológico, mientras que las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology recomiendan su uso junto con otras terapias del SII en pacientes emocionalmente estables pero que presentan factores cognitivo-afectivos del SII.[34] [39]

» Es posible que los pacientes con síntomas predominantemente relacionados con el dolor deban ser derivados a un especialista o clínica del dolor.

estreñimiento y diarrea alternantes

■ dolor o distensión abdominal no predominante

1ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

En curso

- » En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.
- » Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.
- » Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]
- » Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]
- » Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.
- » Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]
- » Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los

En curso

EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68]

En curso

[69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII. [53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble. [34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón. [53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático. [7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir las flatulencias y mejorar la calidad de vida. [70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos. [71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz. [39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa. [71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas. [55]

adjunto laxantes

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» La American Gastroenterological Association sugiere que el polietilenglicol (PEG) puede utilizarse para el alivio específico de los síntomas, o como terapia coadyuvante para el tratamiento del SII con estreñimiento (SII-C). [78] Sin embargo, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology contradicen esta afirmación, citando la falta de evidencias de que la PEG alivie el dolor

En curso

■ dolor o hinchazón predominante

adjunto

abdominal, y por tanto los síntomas globales, en pacientes con SII-C.[39] Por lo tanto, no recomiendan el uso del PEG en solitario para el tratamiento de los síntomas globales del SII-C, aunque reconocen que los médicos pueden utilizar la PEG como tratamiento de primera línea del estreñimiento en el SII, dado su bajo coste y disponibilidad.[39]

loperamida

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **loperamida**: 2-4 mg por vía oral inicialmente, seguidos de 2 mg tras cada deposición diarreica cuando sea necesario, máximo 16 mg/día

» La loperamida se debe utilizar cuando sea necesario en una fase diarreica.

» El uso a largo plazo de antidiarreicos se debe monitorizar.

1ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento

En curso

de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

» Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y

En curso

trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del

En curso

beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

más

antiespasmódicos

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **dicicloverina**: 10-20 mg por vía oral tres veces al día cuando sea necesario

O

» **hiosciamina**: 0.125 a 0.25 mg por vía oral/sublingual tres a cuatro veces al día cuando sea necesario, máximo 1.5 mg/día

O

» **aceite de menta piperita**: consulte la literatura del producto para obtener orientación sobre la dosis

» Puede considerarse la administración de antiespasmódicos a los pacientes que presentan dolor o distensión abdominal.[34] [87] Actúan relajando el músculo liso, reduciendo así la motilidad intestinal. Una revisión de la Cochrane encontró que los pacientes que tomaban antiespasmódicos presentaban una mejoría significativamente mayor tanto del dolor abdominal como de los síntomas globales del SII.[76] Sin embargo, el efecto de los antiespasmódicos individuales fue difícil de interpretar debido a la inclusión de 12 fármacos diferentes y al pequeño número de estudios evaluados para cada fármaco. También se observaron variaciones considerables entre los estudios en cuanto a los criterios de diagnóstico e inclusión, la pauta de dosificación y los criterios de valoración del estudio.[87]

En curso

» Debido a la falta de evidencias de alta calidad disponibles, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology (ACG) desaconsejan el uso de los antiespasmódicos actualmente disponibles en EE.UU. para tratar los síntomas globales del SII (diciclomina e hiosciamina). Reconocen que existen datos más sólidos que respaldan el uso de antiespasmódicos alternativos disponibles a nivel internacional.[39] La American Gastroenterological Association (AGA) difiere en sus orientaciones y sí recomienda la hiosciamina y la diciclomina.[78] [87]

» No todos los fármacos antiespasmódicos están disponibles universalmente; por ejemplo, los no anticolinérgicos mebeverina y alverina no están aprobados para su uso en los Estados Unidos. La mebeverina y la alverina tienen probablemente una eficacia similar a la de los anticolinérgicos en el tratamiento del SII.

» El aceite de menta tiene propiedades antiespasmódicas y tanto el ACG como la AGA lo recomiendan para aliviar los síntomas generales del SII.[39][78] [87] Se presenta en forma de gotas o comprimidos de liberación sostenida con recubrimiento entérico. La evidencia es de carácter mixto. Un metanálisis encontró que el aceite de menta reducía el dolor abdominal y los síntomas generales del SII en comparación con el placebo.[97] Sin embargo, en un ensayo aleatorizado controlado posterior (en el que se emplearon los criterios de valoración recomendados por las autoridades reguladoras) se llegó a la conclusión de que el aceite de menta piperita no reduce significativamente el dolor abdominal, ni mejoría el alivio general de los síntomas.[98]

adjunto laxantes

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» La American Gastroenterological Association sugiere que el polietilenglicol (PEG) puede utilizarse para el alivio específico de los síntomas, o como terapia coadyuvante para el tratamiento del SII con estreñimiento (SII-C).[78] Sin embargo, las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology contradicen esta afirmación, citando la falta de evidencias de que la PEG alivie el dolor abdominal, y por tanto los síntomas globales, en pacientes con SII-C.[39] Por lo tanto, no recomiendan el uso del PEG en solitario para el tratamiento de los síntomas globales del SII-

En curso

adjunto

C, aunque reconocen que los médicos pueden utilizar la PEG como tratamiento de primera línea del estreñimiento en el SII, dado su bajo coste y disponibilidad.[39]

loperamida

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **loperamida**: 2-4 mg por vía oral inicialmente, seguidos de 2 mg tras cada deposición diarreica cuando sea necesario, máximo 16 mg/día

» La loperamida se debe utilizar cuando sea necesario en una fase diarreica.

» El uso a largo plazo de antidiarreicos se debe monitorizar.

2ª

modificaciones dietéticas y del estilo de vida

» En todos los pacientes debe establecerse una relación terapéutica eficaz, seguida de educación y tranquilización.

» Los tratamientos iniciales deben ser conservadores e incluir una conversación sobre los cambios en el estilo de vida que pueden reducir el estrés.

» Es posible que haya que eliminar de la dieta las posibles sustancias desencadenantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. Las guías de práctica clínica del Reino Unido recomiendan que se informe a todos los pacientes de los beneficios potenciales del ejercicio regular, citando evidencias de ensayos aleatorizados controlados (EAC) de que puede ser beneficioso, en particular para el estreñimiento.[53] Sin embargo, las guías de práctica clínica estadounidenses no recomiendan el ejercicio como tratamiento.[39] Una revisión de la Cochrane informó que la actividad física puede mejorar los síntomas, pero no la calidad de vida ni el dolor abdominal, en personas con SII.[54]

» Debe darse consejo dietético a todos los pacientes que puedan asociar el desencadenamiento o el empeoramiento de sus síntomas de SII con la ingesta de alimentos (esto abarca a más del 80% de los pacientes con SII) y que tengan motivación para hacer los cambios necesarios.[55] Se debe

En curso

remitir a los pacientes que estén dispuestos a comprometerse y los que no sean capaces de aplicar por sí mismos los cambios dietéticos recomendados a un dietista o nutricionista titulado.[55]

» Se recomienda probar una dieta baja en oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables (FODMAP).[34] [39] [53] La dieta baja en FODMAP es actualmente la dieta con mayor base empírica para tratar el SII.

» Los FODMAP son hidratos de carbono de cadena corta que se absorben mal y que causan síntomas en pacientes con SII con bastante frecuencia. La dieta baja en FODMAP induce cambios favorables en la microbiota intestinal y disminuye significativamente la histamina, que puede desempeñar un papel provocador en algunos pacientes.[56] [57]

» Está demostrado que una dieta baja en FODMAP mejora diversos síntomas, entre ellos la diarrea, las flatulencias, la distensión y el dolor.[58] [59] [60] [61] [62] Sin embargo, los EAC han sido, por lo general, de corta duración y con riesgo de sesgo.[63] [64]

» Un metanálisis mostró una superioridad significativa de una dieta baja en FODMAP sobre los consejos dietéticos de la British Dietetic Association en la reducción del dolor abdominal, la hinchazón y la distensión.[65] Un ensayo aleatorizado europeo encontró que, en pacientes con SII en atención primaria, una aplicación dietética para reducir los FODMAP en teléfonos inteligentes era superior a un fármaco antiespasmódico en la mejora de los síntomas del SII. Los autores concluyeron que una dieta baja en FODMAP debería considerarse el tratamiento de primera línea para el SII en atención primaria.[66] Sin embargo, no se sabe con certeza qué pacientes responden a restricciones específicas de FODMAP y el cumplimiento puede ser un problema. Los médicos deben considerar un enfoque individualizado de la dieta baja en FODMAP, como la restricción dietética relevante para la etnia de los pacientes, el perfil sintomático y la ingesta dietética habitual.[67]

» Antes de recomendar una dieta restrictiva de esta naturaleza, es importante excluir conductas alimentarias desordenadas y trastornos de la alimentación mediante una cuidadosa anamnesis, ya que son frecuentes en pacientes con trastornos gastrointestinales.[55] También debe considerarse la detección de

En curso

la malnutrición mediante una herramienta de detección validada. Si los resultados indican malnutrición, el paciente no es apto para restricciones dietéticas y debe ser remitido a un nutricionista dietista homologado para una evaluación nutricional completa.[55]

» Una dieta baja en FODMAP consta de tres fases: restricción de alimentos FODMAP (que no dura más de 4-6 semanas); reintroducción de alimentos FODMAP; y personalización de la dieta en curso en función del resultado de la reintroducción. Estas intervenciones dietéticas deben intentarse durante un periodo de tiempo predeterminado, e idealmente supervisadas por un dietista titulado, aunque en algunos casos esto puede no ser práctico o asequible.[55] Los estudios han demostrado que 4-6 semanas de dieta baja en FODMAP son suficientes para determinar si un paciente va a responder.[55]

» Aún no está claro si una dieta sin gluten aporta beneficios similares a los pacientes con SII, con resultados contradictorios en los EAC.[55] [68] [69] Actualmente, no se recomienda una dieta sin gluten para el tratamiento del SII.[53]

» Si el paciente padece estreñimiento o alterna estreñimiento y diarrea, se suele recomendar la fibra soluble (presente en la ispágula, el salvado de avena, la cebada y las judías). Las personas con SII deben evitar la fibra insoluble.[34] [39] [55] Una guía de práctica clínica británica aconseja empezar con una dosis baja de fibra soluble (3-4 g/día) y aumentarla gradualmente para evitar la hinchazón.[53]

» No se ha demostrado sistemáticamente su eficacia, pero la ausencia de efectos adversos significativos hace de la fibra soluble un tratamiento de primera línea razonable para los pacientes con SII sintomático.[7] [39] [75] [76] [77]

» También se puede considerar el uso de probióticos. Los probióticos pueden ayudar a reducir la hinchazón abdominal y las flatulencias, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida.[70] La respuesta a los probióticos varía según los estudios y los individuos.[71] [72] No se recomiendan de forma rutinaria debido a la heterogeneidad de los ensayos con respecto a los resultados, el diseño, la magnitud del beneficio y la incertidumbre con respecto a la cepa más eficaz.[39] [73]

» Las revisiones sistemáticas y los metanálisis indican que los probióticos compuestos que

En curso

contienen *Bifidobacterium infantis* pueden ser más eficaces que el tratamiento probiótico con una sola cepa.[71] [74]

» Si un paciente decide probar los probióticos, una guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda administrarlos durante un máximo de 12 semanas a la dosis recomendada por el fabricante, e interrumpir el tratamiento si no hay mejoría de los síntomas.[55]

más

antidepresivos

Se recomienda el tratamiento para TODOS LOS pacientes en el grupo de pacientes seleccionados

Opciones primarias

» **amitriptilina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

O

» **nortriptilina**: 10-25 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 75 mg/día

O

» **desipramina**: 10 mg por vía oral una vez al día inicialmente, aumentar la dosis gradualmente en función de la respuesta, máximo 100 mg/día

Opciones secundarias

» **paroxetina**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

O

» **citalopram**: 20-40 mg por vía oral una vez al día

» Si el dolor persiste a pesar de los antiespasmódicos, puede ser beneficioso un antidepresivo tricíclico (ATC) como la amitriptilina, la nortriptilina o la desipramina, utilizados como neuromoduladores intestino-cerebrales.[39] [78][87] [99] Se cree que los ATC mejoran el dolor visceral y central al actuar sobre los receptores noradrenalínicos y dopaminérgicos. También pueden mejorar el dolor abdominal debido a sus efectos

En curso

anticolinérgicos. A dosis más altas pueden ralentizar el tránsito gastrointestinal, lo que puede ser útil en pacientes con urgencia y diarrea, pero potencialmente problemático en pacientes con estreñimiento. Los ATC de aminas secundarias (p. ej., desipramina y nortriptilina) pueden tolerarse mejor en pacientes con SII con estreñimiento predominante debido a sus menores efectos anticolinérgicos.[78] [87] Entre los efectos adversos cabe destacar sequedad de boca y ojos, retención urinaria, arritmias cardíacas, sedación y estreñimiento, por lo que es necesario seleccionar cuidadosamente a los pacientes.[39] [87] Los efectos beneficiosos de los ATC sobre los síntomas del SII parecen ser independientes de los efectos sobre la depresión y pueden durar varias semanas.[87]

» Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no se recomiendan en las guías de práctica clínica estadounidenses debido a la falta de evidencias de alta calidad de que mejoren significativamente los síntomas globales o el dolor abdominal en pacientes con SII.[39] [87] En un metanálisis, el análisis de subgrupos por clase de antidepresivo no encontró beneficios significativos de los ISRS en pacientes con SII y dolor abdominal; el efecto beneficioso sobre el dolor abdominal pareció limitarse a los ATC.[100] Las guías de práctica clínica de la American Gastroenterological Association señalan que en algunos pacientes, sin embargo, los ISRS pueden mejorar la percepción de los síntomas generales del SII y el bienestar al mejorar los síntomas gastrointestinales, el estado de ánimo y los síntomas extraintestinales.[87] Las guías de práctica clínica del Reino Unido difieren de las de EE.UU. y recomiendan el uso de ISRS como alternativa a los ATC para tratar los síntomas globales del SII.[53]

» El tratamiento debe iniciarse a dosis bajas y ajustarse gradualmente en función de la respuesta y la tolerabilidad.

adjunto terapia psicológica

Se recomienda el tratamiento para ALGUNOS pacientes en un grupo de pacientes seleccionados

» Los pacientes que no responden al tratamiento farmacológico pueden necesitar la derivación a tratamientos y ayuda psicológicos más intensivos.[34] Un metanálisis de ensayos aleatorizados controlados de terapias psicológicas para el SII demostró que varios tipos de terapia eran más eficaces que las

En curso

intervenciones de control. Sin embargo, las evidencias más convincentes, basadas en el número de ensayos y los resultados a largo plazo, fueron para la terapia cognitivo-conductual (TCC) específica del SII y la hipnoterapia dirigida al intestino.[101] Ambas se recomiendan en las guías de práctica clínica de EE.UU. y el Reino Unido; las guías de práctica clínica del National Institute for Health and Care Excellence del Reino Unido especifican su uso cuando los síntomas no han mejorado tras 12 meses de tratamiento farmacológico, mientras que las guías de práctica clínica del American College of Gastroenterology recomiendan su uso junto con otras terapias del SII en pacientes emocionalmente estables pero que presentan factores cognitivo-afectivos del SII.[34] [39]

» Es posible que los pacientes con síntomas predominantemente relacionados con el dolor deban ser derivados a un especialista o clínica del dolor.

Emergente

Terapias dirigidas a la microbiota

Los pacientes con SII presentan diferencias significativas en su microbiota en comparación con las personas sin SII, pero no está claro si esto representa una causa o un efecto.[103] [104] [105] Algunos ensayos controlados aleatorizados con placebo informan una mejoría en los síntomas del SII en aquellos pacientes que reciben un trasplante de microbiota fecal (TMF), mientras que otros estudios no informan ninguna diferencia en el control de los síntomas entre el grupo de trasplante de microbiota fecal (TMF) y el de placebo.[106] [107] [108] [109] El TFM puede llevarse a cabo con éxito mediante una colonoscopia, el uso de sondas nasoyeyunales o píldoras.

Ramosetrón

El ramosetrón, un antagonista de los receptores 5HT-3, ha demostrado ser eficaz, tanto en hombres, como en mujeres para reducir la diarrea y el dolor abdominal en el SII con predominio de la diarrea.[110] [111] El estreñimiento es un efecto secundario en aproximadamente el 10% de los pacientes.[112] Está aprobado para el tratamiento del síndrome del intestino irritable con diarrea en varios países, entre ellos Japón y la India, pero no en Estados Unidos ni en Europa.

Ondansetron

El ondansetrón, un antagonista de los receptores 5HT-3, se utiliza desde hace tiempo como antiemético. Un amplio estudio prospectivo demostró que fue bastante eficaz, comparado con el placebo para mejorar la diarrea y el bienestar de los pacientes afectados por el SII con predominio de diarrea.[113]

Discusión con el paciente

Se debe ayudar a los pacientes a sentirse más en control y a ser capaces de manejar sus síntomas. Un grupo de apoyo podría ser una forma eficaz de lograrlo. Se debe aconsejar a los pacientes que limiten o eliminen completamente las posibles sustancias precipitantes, como la cafeína, la lactosa o la fructosa. La monitorización de los síntomas con un diario puede ser útil para identificar estas sustancias. También se debe pedir a los pacientes que consideren la posibilidad de tomar un suplemento diario de probióticos y fibra, y que garanticen una ingesta adecuada de líquidos.

Monitorización

Monitorización

No se requiere de monitorización a largo plazo. Los pacientes con SII deben seguir las recomendaciones estándar para el cribado de neoplasias malignas colorrectales, ginecológicas y genitourinarias.

Complicaciones

Complicaciones	Calendario	Probabilidad
perjuicios a las relaciones familiares y laborales	variable	baja
La naturaleza recurrente del síndrome del intestino irritable (SII) puede conducir a alteraciones de la vida cotidiana que pueden afectar las relaciones familiares y laborales.		
diverticulosis	variable	baja
Hay algunas evidencias de que los pacientes con SII y con predominio de diarrea corren un mayor riesgo de padecer diverticulosis, pero no de padecer diverticulitis.[114]		
depresión	variable	baja
En comparación con los individuos control sanos, los pacientes con SII presentan síntomas de depresión más graves y más frecuentes. El sexo femenino y la edad más temprana se asocian con síntomas más graves.[115]		
trastornos del sueño	variable	baja
Un metanálisis encontró que más del 37% de los pacientes con SII presentan un trastorno del sueño concomitante.[116]		
síntomas del tracto urinario inferior	variable	baja
Los pacientes de sexo masculino y femenino con SII son más propensos a tener síntomas del tracto urinario inferior, en comparación con la población general.[117]		

Pronóstico

Los pacientes con SII presentan una esperanza de vida normal, y no hay complicaciones a largo plazo derivadas de su enfermedad. Sin embargo, los síntomas de la enfermedad tienden a repetirse durante gran parte de la edad adulta, especialmente en momentos de estrés, dificultades emocionales o indiscreciones alimentarias.

El SII después de una infección entérica viral tiene más probabilidades de mejorar o remitir con el tiempo.[102]

Guías de práctica clínica para el diagnóstico

Reino Unido

British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicación: 2021

Guidelines for the investigation of chronic diarrhoea in adults (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicación: 2018

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG61>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicación: 2017

Europa

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625880>)

Publicado por: United European Gastroenterology Journal

Última publicación: 2017

Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566121>)

Publicado por: Danish Society for Gastroenterology and Hepatology

Última publicación: 2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: concept, diagnosis, and healthcare continuity (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027792>)

Publicado por: Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Última publicación: 2017

Internacional

Irritable bowel syndrome: a global perspective (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines>)

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicación: 2015

América del Norte

American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on informed consent for GI endoscopic procedures ([https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(21\)01759-4/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(21)01759-4/fulltext))

Publicado por: American Society for Gastrointestinal Endoscopy

Última publicación: 2022

ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome (<https://gi.org/guidelines>)

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicación: 2021

AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D) (<https://gastro.org/guidelines>)

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicación: 2019

Guías de práctica clínica de tratamiento

Reino Unido

British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicación: 2021

BSG consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults (<https://www.bsg.org.uk/resource-type/guidelines>)

Publicado por: British Society of Gastroenterology

Última publicación: 2019

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG61>)

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicación: 2017

Evidence-based practice guidelines for the dietary management of irritable bowel syndrome in adults (2016 update) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27272325>)

Publicado por: British Dietetic Association

Última publicación: 2016

Europa

Irritable bowel syndrome diagnosis and management: a simplified algorithm for clinical practice (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5625880>)

Publicado por: United European Gastroenterology Journal

Última publicación: 2017

Diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566121>)

Publicado por: Danish Society for Gastroenterology and Hepatology

Última publicación: 2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: concept, diagnosis, and healthcare continuity (part 1) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28027792>)

Publicado por: Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Última publicación: 2017

Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: treatment (part 2) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28238460>)

Publicado por: Sociedad Española de Patología Digestiva; Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Última publicación: 2017

Evaluation of medicinal products for the treatment of irritable bowel syndrome (<https://www.ema.europa.eu/en/evaluation-medicinal-products-treatment-irritable-bowel-syndrome>)

Publicado por: European Medicines Agency

Última publicación: 2014

Internacional

Probiotics and prebiotics (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>)

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicación: 2023

Irritable bowel syndrome: a global perspective (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines>)

Publicado por: World Gastroenterology Organisation

Última publicación: 2015

América del Norte

AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea (<https://gastro.org/guidelines>)

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicación: 2022

AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation (<https://gastro.org/guidelines>)

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicación: 2022

AGA clinical practice update on the role of diet in irritable bowel syndrome: expert review (<https://gastro.org/guidelines>)

Publicado por: American Gastroenterological Association

Última publicación: 2022

ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome (<https://gi.org/guidelines>)

Publicado por: American College of Gastroenterology

Última publicación: 2021

Asia

Evidence-based clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome 2020 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-020-01746-z>)

Publicado por: Japanese Society of Gastroenterology

Última publicación: 2021

Clinical practice guidelines for irritable bowel syndrome in Korea (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885719>)

Publicado por: Korean Society of Neurogastroenterology and Motility

Última publicación: 2018

Artículos principales

- Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91. [Texto completo](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00512-9/fulltext) ([http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)00512-9/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00512-9/fulltext)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1393-407. [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2021 Jan 1;116(1):17-44. [Texto completo](https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx) (https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Smalley W, Falck-Ytter C, Carrasco-Labra A, et al. AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D). *Gastroenterology*. 2019 Sep;157(3):851-4. [Texto completo](https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004) (<https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004>) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Chey WD, Hashash JG, Manning L, et al. AGA clinical practice update on the role of diet in irritable bowel syndrome: expert review. *Gastroenterology*. 2022 May;162(6):1737-45.e5. [Texto completo](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(21)04084-1/fulltext) ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(21\)04084-1/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(21)04084-1/fulltext)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Sep;113(9):1290-300. [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology*. 2022 Jul;163(1):118-36. [Texto completo](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00390-0/fulltext) ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00390-0/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00390-0/fulltext)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com>)
- Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Gastroenterology*. 2022 Jul;163(1):137-51. [Texto completo](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00391-2/fulltext) ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00391-2/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00391-2/fulltext)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com>)

Referencias

1. Drossman DA, Camilleri M, Mayes FA. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2002 Dec;123(6):2108-31. [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454866?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12454866?tool=bestpractice.bmj.com>)

2. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1480-91. [Texto completo](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00512-9/fulltext) ([http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(06\)00512-9/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(06)00512-9/fulltext)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678561?tool=bestpractice.bmj.com>)
3. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1393-407. [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27144627?tool=bestpractice.bmj.com>)
4. Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology*. 2012 Aug 8;143(5):1179-87.e3. [Texto completo](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480553) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3480553>) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22885331?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22885331?tool=bestpractice.bmj.com>)
5. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, et al. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1995 Dec;109(6):1736-41. [Texto completo](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(95)90738-6/pdf) ([https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085\(95\)90738-6/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(95)90738-6/pdf)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7498636?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7498636?tool=bestpractice.bmj.com>)
6. Everhart JE, Renault PF. Irritable bowel syndrome in office-based practice in the United States. *Gastroenterology*. 1991 Apr;100(4):998-1005. [Texto completo](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(91)90275-P/pdf) ([https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085\(91\)90275-P/pdf](https://www.gastrojournal.org/article/0016-5085(91)90275-P/pdf)) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2001837?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2001837?tool=bestpractice.bmj.com>)
7. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, et al. Irritable bowel syndrome. *Lancet*. 2020 Nov 21;396(10263):1675-88. [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33049223?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33049223?tool=bestpractice.bmj.com>)
8. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol*. 2014 Feb 4;6:71-80. [Texto completo](https://www.dovepress.com/the-epidemiology-of-irritable-bowel-syndrome-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP) (<https://www.dovepress.com/the-epidemiology-of-irritable-bowel-syndrome-peer-reviewed-fulltext-article-CLEP>) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24523597?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24523597?tool=bestpractice.bmj.com>)
9. Chey WD, Maneerattaporn M, Saad R. Pharmacologic and complementary and alternative medicine therapies for irritable bowel syndrome. *Gut Liver*. 2011 Sep;5(3):253-66. [Texto completo](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166664) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3166664>) [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21927652?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21927652?tool=bestpractice.bmj.com>)
10. World Gastroenterology Organisation. Irritable bowel syndrome: a global perspective. Sep 2015 [internet publication]. [Texto completo](https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/irritable-bowel-syndrome-ibs/irritable-bowel-syndrome-ibs-english) (<https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/irritable-bowel-syndrome-ibs/irritable-bowel-syndrome-ibs-english>)
11. Boyce PM, Koloski NA, Taley NJ. Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice? *Am J Gastroenterol*. 2000 Nov;95(11):3176-83. [Erratum in *Am J Gastroenterol*. 2001 Apr;96(4):1319.] [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095338?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11095338?tool=bestpractice.bmj.com>)
12. Gwee KA, Wee S, Wong ML, et al. The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am J Gastroenterol*. 2004 May;99(5):924-31. [Resumen](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128362?tool=bestpractice.bmj.com) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15128362?tool=bestpractice.bmj.com>)

13. Creed F. Review article: the incidence and risk factors for irritable bowel syndrome in population-based studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2019 Sep;50(5):507-16. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31313850?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31313850?tool=bestpractice.bmj.com)
14. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2002 Aug;97(8):1910-5. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190153?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12190153?tool=bestpractice.bmj.com)
15. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2012 Jul;10(7):712-21.e4. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029\)](https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.02.029) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22426087?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22426087?tool=bestpractice.bmj.com)
16. Chey WD, Kurlander J, Eswaran S. Irritable bowel syndrome: a clinical review. *JAMA.* 2015 Mar 3;313(9):949-58. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25734736?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25734736?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Longstreth GF, Wolde-Tsadik G. Irritable bowel syndrome type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics, and clinical correlates. *Dig Dis Sci.* 1993 Sep;38(9):1581-9. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8359067?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8359067?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Oka P, Parr H, Barberio B, et al. Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2020 Oct;5(10):908-17. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32702295?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32702295?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Saito YA, Petersen GM, Larson JJ, et al. Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a family case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2010 Apr;105(4):833-41. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875200\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2875200) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234344?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20234344?tool=bestpractice.bmj.com)
20. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry.* 1993 Oct;150(10):1502-6. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379554?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8379554?tool=bestpractice.bmj.com)
21. Drossman DA, Talley NJ, Leserman J, et al. Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Ann Intern Med.* 1995 Nov 15;123(10):782-94. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7574197?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7574197?tool=bestpractice.bmj.com)
22. Kanuri N, Cassell B, Bruce SE, et al. The impact of abuse and mood on bowel symptoms and health-related quality of life in irritable bowel syndrome (IBS). *Neurogastroenterol Motil.* 2016 Oct;28(10):1508-17. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042818\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5042818) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27151081?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27151081?tool=bestpractice.bmj.com)
23. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, et al. Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Jan;303(1):17-25. [Texto completo \(https://air.unimi.it/handle/2434/765697\)](https://air.unimi.it/handle/2434/765697) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32949284?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32949284?tool=bestpractice.bmj.com)

24. Klem F, Wadhwa A, Prokop LJ, et al. Prevalence, risk factors, and outcomes of irritable bowel syndrome after infectious enteritis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2017 Apr;152(5):1042-54. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28069350?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28069350?tool=bestpractice.bmj.com)
25. Burns G, Carroll G, Mathe A, et al. Evidence for local and systemic immune activation in functional dyspepsia and the irritable bowel syndrome: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2019 Mar;114(3):429-36. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30839392?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30839392?tool=bestpractice.bmj.com)
26. Krammer L, Sowa AS, Lorentz A. Mast cells in irritable bowel syndrome: a systematic review. *J Gastrointest Liver Dis*. 2019 Dec 9;28(4):463-72. [Texto completo \(https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/229\)](https://www.jgld.ro/jgld/index.php/jgld/article/view/229) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31826052?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31826052?tool=bestpractice.bmj.com)
27. Ahmad OF, Akbar A. Microbiome, antibiotics and irritable bowel syndrome. *Br Med Bull*. 2016 Dec;120(1):91-9. [Texto completo \(https://academic.oup.com/bmb/article/120/1/91/2333808\)](https://academic.oup.com/bmb/article/120/1/91/2333808) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27737852?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27737852?tool=bestpractice.bmj.com)
28. Liu HN, Wu H, Chen YZ, et al. Altered molecular signature of intestinal microbiota in irritable bowel syndrome patients compared with healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Dig Liver Dis*. 2017 Apr;49(4):331-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28179092?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28179092?tool=bestpractice.bmj.com)
29. Ghoshal UC, Nehra A, Mathur A, et al. A meta-analysis on small intestinal bacterial overgrowth in patients with different subtypes of irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jun;35(6):922-31. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31750966?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31750966?tool=bestpractice.bmj.com)
30. Slattery SA, Niaz O, Aziz Q, et al. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Jul;42(1):3-11. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1111/apt.13227\)](https://www.doi.org/10.1111/apt.13227) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25913530?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25913530?tool=bestpractice.bmj.com)
31. Ng QX, Soh AYS, Loke W, et al. Systematic review with meta-analysis: The association between post-traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol*. 2019 Jan;34(1):68-73. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144372?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144372?tool=bestpractice.bmj.com)
32. Kellow JE, Azpiroz F, Delvaux M, et al. Applied principles of neurogastroenterology: physiology/motility sensation. *Gastroenterology*. 2006 Apr;130(5):1412-20. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678555?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678555?tool=bestpractice.bmj.com)
33. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut*. 1973 Feb;14(2):125-32. [Texto completo \(https://gut.bmj.com/content/14/2/125.long\)](https://gut.bmj.com/content/14/2/125.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4696535?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4696535?tool=bestpractice.bmj.com)

34. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management. Apr 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/CG61\)](https://www.nice.org.uk/guidance/CG61)
35. Shian B, Larson ST. Abdominal wall pain: clinical evaluation, differential diagnosis, and treatment. Am Fam Physician. 2018 Oct 1;98(7):429-36. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30252418?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30252418?tool=bestpractice.bmj.com)
36. Fu Y, Wang L, Xie C, et al. Comparison of non-invasive biomarkers faecal BAFF, calprotectin and FOBT in discriminating IBS from IBD and evaluation of intestinal inflammation. Sci Rep. 2017 Jun 1;7(1):2669. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1038/s41598-017-02835-5\)](https://www.doi.org/10.1038/s41598-017-02835-5) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28572616?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28572616?tool=bestpractice.bmj.com)
37. National Institute for Health and Care Excellence. Suspected cancer: recognition and referral. Oct 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/ng12\)](https://www.nice.org.uk/guidance/ng12)
38. National Institute for Health and Care Excellence. Quantitative faecal immunochemical testing to guide colorectal cancer pathway referral in primary care. Aug 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.nice.org.uk/guidance/dg56\)](https://www.nice.org.uk/guidance/dg56)
39. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG clinical guideline: management of irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol. 2021 Jan 1;116(1):17-44. [Texto completo \(https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx\)](https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/01000/ACG_Clinical_Guideline_Management_of_Irritable.11.aspx) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33315591?tool=bestpractice.bmj.com)
40. Smalley W, Falck-Ytter C, Carrasco-Labra A, et al. AGA clinical practice guidelines on the laboratory evaluation of functional diarrhea and diarrhea-predominant irritable bowel syndrome in adults (IBS-D). Gastroenterology. 2019 Sep;157(3):851-4. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004\)](https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2019.07.004) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31302098?tool=bestpractice.bmj.com)
41. Waugh N, Cummins E, Royle P, et al. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. Health Technol Assess. 2013 Nov;17(55):1-211. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24286461?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24286461?tool=bestpractice.bmj.com)
42. Menees SB, Powell C, Kurlander J, et al. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. Am J Gastroenterol. 2015 Mar;110(3):444-54. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25732419?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25732419?tool=bestpractice.bmj.com)
43. Ricciuto A, Griffiths AM. Clinical value of fecal calprotectin. Crit Rev Clin Lab Sci. 2019 Aug;56(5):307-20. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31088326?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31088326?tool=bestpractice.bmj.com)
44. Lewis NR, Scott BB. Systematic review: the use of serology to exclude or diagnose coeliac disease (a comparison of the endomysial and tissue transglutaminase antibody tests). Aliment Pharmacol Ther. 2006 Jul 1;24(1):47-54. [Texto completo \(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/)

- abs/10.1111/j.1365-2036.2006.02967.x) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16803602?tool=bestpractice.bmj.com>)
45. Irvine AJ, Chey WD, Ford AC. Screening for celiac disease in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jan;112(1):65-76. Texto completo (<https://eprints.whiterose.ac.uk/106483>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27753436?tool=bestpractice.bmj.com>)
 46. Pattni SS, Brydon WG, Dew T, et al. Fibroblast growth factor 19 in patients with bile acid diarrhoea: a prospective comparison of FGF19 serum assay and SeHCAT retention. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Oct;38(8):967-76. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1111/apt.12466>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23981126?tool=bestpractice.bmj.com>)
 47. Koide A, Yamaguchi T, Odaka T, et al. Quantitative analysis of bowel gas using plain abdominal radiograph in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2000 Jul;95(7):1735-41. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10925977?tool=bestpractice.bmj.com>)
 48. Miehlik S, Guagnozzi D, Zabana Y, et al. European guidelines on microscopic colitis: United European Gastroenterology and European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. *United European Gastroenterol J*. 2021 Feb 22;9(1):13-37. Texto completo (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/2050640620951905>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33619914?tool=bestpractice.bmj.com>)
 49. Roszkowska A, Pawlicka M, Mroczek A, et al. Non-celiac gluten sensitivity: a review. *Medicina (Kaunas)*. 2019 May 28;55(6):222. Texto completo (<https://www.doi.org/10.3390/medicina55060222>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31142014?tool=bestpractice.bmj.com>)
 50. Quigley EM, Quera R. Small intestinal bacterial overgrowth: roles of antibiotics, prebiotics, and probiotics. *Gastroenterology*. 2006 Feb;130(2 suppl 1):S78-90. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16473077?tool=bestpractice.bmj.com>)
 51. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, et al. Towards a positive diagnosis of irritable bowel. *BMJ*. 1978 Sep 2;2(6138):653-4.
 52. Bosman M, Elsenbruch S, Corsetti M, et al. The placebo response rate in pharmacological trials in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021 Jun;6(6):459-73. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33765447?tool=bestpractice.bmj.com>)
 53. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut*. 2021 Jul;70(7):1214-40. Texto completo (<https://gut.bmj.com/content/70/7/1214.long>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33903147?tool=bestpractice.bmj.com>)
 54. Nunan D, Cai T, Gardener AD, et al. Physical activity for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022 Jun 29;6(6):CD011497. Texto completo (<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011497.pub2/full>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35766861?tool=bestpractice.bmj.com>)

55. Chey WD, Hashash JG, Manning L, et al. AGA clinical practice update on the role of diet in irritable bowel syndrome: expert review. *Gastroenterology*. 2022 May;162(6):1737-45.e5. [Texto completo \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(21\)04084-1/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(21)04084-1/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35337654?tool=bestpractice.bmj.com)
56. McIntosh K, Reed DE, Schneider T, et al. FODMAPs alter symptoms and the metabolome of patients with IBS: a randomised controlled trial. *Gut*. 2017 Jul;66(7):1241-51. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26976734?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26976734?tool=bestpractice.bmj.com)
57. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2015 Nov;149(6):1399-407. [Texto completo \(http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01086-0/fulltext\)](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01086-0/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26255043?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26255043?tool=bestpractice.bmj.com)
58. Marsh A, Eslick EM, Eslick GD. Does a diet low in FODMAPs reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2016 Apr;55(3):897-906. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25982757?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25982757?tool=bestpractice.bmj.com)
59. Varjú P, Farkas N, Hegyi P I, et al. Low fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols (FODMAP) diet improves symptoms in adults suffering from irritable bowel syndrome (IBS) compared to standard IBS diet: a meta-analysis of clinical studies. *PLoS One*. 2017 Aug 14;12(8):e0182942. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5555627\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5555627) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28806407?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28806407?tool=bestpractice.bmj.com)
60. Altobelli E, Del Negro V, Angeletti PM, et al. Low-FODMAP diet improves irritable bowel syndrome symptoms: a meta-analysis. *Nutrients*. 2017 Aug 26;9(9):E940. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622700\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5622700) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846594?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28846594?tool=bestpractice.bmj.com)
61. van Lanen AS, de Bree A, Greyling A. Efficacy of a low-FODMAP diet in adult irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutr*. 2021 Sep;60(6):3505-22. [Texto completo \(https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-020-02473-0\)](https://link.springer.com/article/10.1007/s00394-020-02473-0) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33585949?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33585949?tool=bestpractice.bmj.com)
62. Dionne J, Ford AC, Yuan Y, et al. A systematic review and meta-analysis evaluating the efficacy of a gluten-free diet and a low FODMAPs diet in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Sep;113(9):1290-300. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30046155?tool=bestpractice.bmj.com)
63. Rao SS, Yu S, Fedewa A. Systematic review: dietary fibre and FODMAP-restricted diet in the management of constipation and irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2015 Jun;41(12):1256-70. [Texto completo \(https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.13167\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/apt.13167) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25903636?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25903636?tool=bestpractice.bmj.com)
64. Krogsgaard LR, Lyngesen M, Bytzer P. Systematic review: quality of trials on the symptomatic effects of the low FODMAP diet for irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*.

- 2017 Jun;45(12):1506-13. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28440580?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28440580?tool=bestpractice.bmj.com)
65. Black CJ, Staudacher HM, Ford AC. Efficacy of a low FODMAP diet in irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2022 Jun;71(6):1117-26. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34376515?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34376515?tool=bestpractice.bmj.com)
66. Carbone F, Van den Houde K, Besard L, et al. Diet or medication in primary care patients with IBS: the DOMINO study - a randomised trial supported by the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE Trials Programme) and the Rome Foundation Research Institute. *Gut*. 2022 Nov;71(11):2226-32. [Texto completo \(https://gut.bmj.com/content/71/11/2226.long\)](https://gut.bmj.com/content/71/11/2226.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35483886?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35483886?tool=bestpractice.bmj.com)
67. Wang XJ, Camilleri M, Vanner S, et al. Review article: biological mechanisms for symptom causation by individual FODMAP subgroups - the case for a more personalised approach to dietary restriction. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019 Sep;50(5):517-29. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31309595?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31309595?tool=bestpractice.bmj.com)
68. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, et al. American College of Gastroenterology monograph on management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2018 Jun;113(suppl 2):1-18. [Texto completo \(https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/06002/American_College_of_Gastroenterology_Monograph_on.1.aspx\)](https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/06002/American_College_of_Gastroenterology_Monograph_on.1.aspx) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29950604?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29950604?tool=bestpractice.bmj.com)
69. Nordin E, Brunius C, Landberg R, et al. Fermentable oligo-, di-, monosaccharides, and polyols (FODMAPs), but not gluten, elicit modest symptoms of irritable bowel syndrome: a double-blind, placebo-controlled, randomized three-way crossover trial. *Am J Clin Nutr*. 2022 Feb 9;115(2):344-52. [Texto completo \(https://academic.oup.com/ajcn/article/115/2/344/6382986\)](https://academic.oup.com/ajcn/article/115/2/344/6382986) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34617561?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34617561?tool=bestpractice.bmj.com)
70. World Gastroenterology Organisation. Global guidelines: probiotics and prebiotics. Feb 2023 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english\)](https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english)
71. Liang D, Longgui N, Guoqiang X. Efficacy of different probiotic protocols in irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jul;98(27):e16068. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1097/MD.00000000000016068\)](https://www.doi.org/10.1097/MD.00000000000016068) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31277101?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31277101?tool=bestpractice.bmj.com)
72. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, et al. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Nov;48(10):1044-60. [Texto completo \(https://eprints.whiterose.ac.uk/165996\)](https://eprints.whiterose.ac.uk/165996) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30294792?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30294792?tool=bestpractice.bmj.com)
73. Su GL, Ko CW, Bercik P, et al. AGA clinical practice guidelines on the role of probiotics in the management of gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2020 Aug;159(2):697-705. [Texto completo \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(20\)34729-6/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(20)34729-6/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32531291?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32531291?tool=bestpractice.bmj.com)

74. Yuan F, Ni H, Asche CV, et al. Efficacy of Bifidobacterium infantis 35624 in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Curr Med Res Opin.* 2017 Jul;33(7):1191-7. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28166427?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28166427?tool=bestpractice.bmj.com)
75. Nagarajan N, Morden A, Bischof D, et al. The role of fiber supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2015 Sep;27(9):1002-10. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148247?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26148247?tool=bestpractice.bmj.com)
76. Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, et al. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Aug 10;(8):CD003460. [Texto completo \(https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003460.pub3/full\)](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003460.pub3/full) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833945?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833945?tool=bestpractice.bmj.com)
77. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008 Nov 13;337:a2313. [Texto completo \(https://www.bmj.com/content/337/bmj.a2313.long\)](https://www.bmj.com/content/337/bmj.a2313.long) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008265?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008265?tool=bestpractice.bmj.com)
78. Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with constipation. *Gastroenterology.* 2022 Jul;163(1):118-36. [Texto completo \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00390-0/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00390-0/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738724?tool=bestpractice.bmj.com)
79. Black CJ, Burr NE, Quigley EMM, et al. Efficacy of secretagogues in patients with irritable bowel syndrome with constipation: systematic review and network meta-analysis. *Gastroenterology.* 2018 Dec;155(6):1753-63. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.021\)](https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.021) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144426?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30144426?tool=bestpractice.bmj.com)
80. Thomas RH, Allmond K. Linaclotide (Linzess) for irritable bowel syndrome with constipation and for chronic idiopathic constipation. *P T.* 2013 Mar;38(3):154-60. [Texto completo \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638410\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3638410) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23641133?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23641133?tool=bestpractice.bmj.com)
81. Shah ED, Kim HM, Schoenfeld P. Efficacy and tolerability of guanylate cyclase-C agonists for irritable bowel syndrome with constipation and chronic idiopathic constipation: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2018 Mar;113(3):329-38. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380823?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29380823?tool=bestpractice.bmj.com)
82. Drossman DA, Chey WD, Johanson JF, et al. Clinical trial: lubiprostone in patients with constipation-associated irritable bowel syndrome - results of two randomized, placebo-controlled studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Feb 1;29(3):329-41 [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006537?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19006537?tool=bestpractice.bmj.com)
83. Li F, Fu T, Tong WD, et al. Lubiprostone is effective in the treatment of chronic idiopathic constipation and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Mayo Clin Proc.* 2016 Apr;91(4):456-68. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27046523?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27046523?tool=bestpractice.bmj.com)

84. Vakil N. Commentary: tegaserod and IBS, two decades on. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020 Jan;51(1):200-1. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1111/apt.15516\)](https://www.doi.org/10.1111/apt.15516) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31850554?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31850554?tool=bestpractice.bmj.com)
85. Sayuk GS, Tack J. Tegaserod: What's old is new again. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2022 Oct;20(10):2175-2184.e19. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2022.01.024\)](https://www.doi.org/10.1016/j.cgh.2022.01.024) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35123085?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35123085?tool=bestpractice.bmj.com)
86. Alfasigma USA, Inc. ZELNORM® (tegaserod) notice of withdrawal from market. Jun 2022 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.myzelnorm.com/assets/pdfs/Press%20Release%20on%20Notice%20of%20Withdrawal.pdf\)](https://www.myzelnorm.com/assets/pdfs/Press%20Release%20on%20Notice%20of%20Withdrawal.pdf)
87. Lembo A, Sultan S, Chang L, et al. AGA clinical practice guideline on the pharmacological management of irritable bowel syndrome with diarrhea. *Gastroenterology.* 2022 Jul;163(1):137-51. [Texto completo \(https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(22\)00391-2/fulltext\)](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(22)00391-2/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35738725?tool=bestpractice.bmj.com)
88. Dove LS, Lembo A, Randall CW, et al. Eluxadoline benefits patients with irritable bowel syndrome with diarrhea in a phase 2 study. *Gastroenterology.* 2013 Aug;145(2):329-38.e1 [Texto completo \(http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(13\)00499-X/fulltext\)](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(13)00499-X/fulltext) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23583433?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23583433?tool=bestpractice.bmj.com)
89. US Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA warns about increased risk of serious pancreatitis with irritable bowel drug Viberzi (eluxadoline) in patients without a gallbladder. Mar 2017 [internet publication]. [Texto completo \(https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm546154.htm\)](https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm546154.htm)
90. Andresen V, Montori VM, Keller J, et al. Effects of 5-hydroxytryptamine (serotonin) type 3 antagonists on symptom relief and constipation in nonconstipated irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008 May;6(5):545-55. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18242143?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18242143?tool=bestpractice.bmj.com)
91. Zheng Y, Yu T, Tang Y, et al. Efficacy and safety of 5-hydroxytryptamine 3 receptor antagonists in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2017 Mar 14;12(3):e0172846. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0172846\)](https://www.doi.org/10.1371/journal.pone.0172846) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291778?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291778?tool=bestpractice.bmj.com)
92. Ford AC, Brandt LJ, Young C, et al. Efficacy of 5-HT3 antagonists and 5-HT4 agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2009 Jul;104(7):1831-43. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19471254?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19471254?tool=bestpractice.bmj.com)
93. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, et al. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2012 Jan;107(1):28-35; quiz 36. [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045120?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22045120?tool=bestpractice.bmj.com)
94. Pimentel M, Lembo A, Chey WD, et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. *N Engl J Med.* 2011 Jan 6;364(1):22-32. [Texto completo \(https://www.nejm.org/\)](https://www.nejm.org/)

doi/full/10.1056/NEJMoa1004409) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208106?tool=bestpractice.bmj.com>)

95. Li J, Zhu W, Liu W, et al. Rifaximin for irritable bowel syndrome: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Medicine (Baltimore)*. 2016 Jan;95(4):e2534. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5291563>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26825893?tool=bestpractice.bmj.com>)
96. Camilleri M, Boeckstaens G. Dietary and pharmacological treatment of abdominal pain in IBS. *Gut*. 2017 May;66(5):966-74. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28232472?tool=bestpractice.bmj.com>)
97. Alammam N, Wang L, Saberi B, et al. The impact of peppermint oil on the irritable bowel syndrome: a meta-analysis of the pooled clinical data. *BMC Complement Altern Med*. 2019 Jan 17;19(1):21. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1186/s12906-018-2409-0>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30654773?tool=bestpractice.bmj.com>)
98. Weerts ZZRM, Masclee AAM, Witteman BJM, et al. Efficacy and safety of peppermint oil in a randomized, double-blind trial of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2020 Jan;158(1):123-36. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31470006?tool=bestpractice.bmj.com>)
99. Rahimi R, Nikfar S, Rezaie A, et al. Efficacy of tricyclic antidepressants in irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2009 Apr 7;15(13):1548-53. Texto completo (<http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v15/i13/1548.htm>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19340896?tool=bestpractice.bmj.com>)
100. Xie C, Tang Y, Wang Y, et al. Efficacy and safety of antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *PLoS One*. 2015 Aug 7;10(8):e0127815. Texto completo (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0127815>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26252008?tool=bestpractice.bmj.com>)
101. Black CJ, Thakur ER, Houghton LA, et al. Efficacy of psychological therapies for irritable bowel syndrome: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2020 Aug;69(8):1441-51. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32276950?tool=bestpractice.bmj.com>)
102. Barbara G, Grover M, Bercik P, et al. Rome Foundation Working Team report on post-infection irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 2019 Jan;156(1):46-58.e7. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.07.011>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30009817?tool=bestpractice.bmj.com>)
103. El-Salhy M, Mazzawi T. Fecal microbiota transplantation for managing irritable bowel syndrome. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 May;12(5):439-45. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29493330?tool=bestpractice.bmj.com>)
104. Jeffery IB, Das A, O'Herlihy E, et al. Differences in fecal microbiomes and metabolomes of people with vs without irritable bowel syndrome and bile acid malabsorption. *Gastroenterology*. 2020 Mar;158(4):1016-28.e8. Texto completo (<https://www.gastrojournal.org/article/>)

- S0016-5085(19)41920-3/fulltext) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31843589?tool=bestpractice.bmj.com>)
105. Pittayanon R, Lau JT, Yuan Y, et al. Gut microbiota in patients with irritable bowel syndrome- a systematic review. *Gastroenterology*. 2019 Jul;157(1):97-108. Texto completo ([https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(19\)34649-9/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(19)34649-9/fulltext)) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30940523?tool=bestpractice.bmj.com>)
 106. Aroniadis OC, Brandt LJ, Oneto C, et al. Faecal microbiota transplantation for diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019 Sep;4(9):675-85. Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31326345?tool=bestpractice.bmj.com>)
 107. El-Salhy M, Hatlebakk JG, Gilja OH, et al. Efficacy of faecal microbiota transplantation for patients with irritable bowel syndrome in a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Gut*. 2020 May;69(5):859-67. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319630>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31852769?tool=bestpractice.bmj.com>)
 108. Ianiri G, Eusebi LH, Black CJ, et al. Systematic review with meta-analysis: efficacy of faecal microbiota transplantation for the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2019 Aug;50(3):240-8. Texto completo (<https://eprints.whiterose.ac.uk/165994>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31136009?tool=bestpractice.bmj.com>)
 109. Xu D, Chen VL, Steiner CA, et al. Efficacy of fecal microbiota transplantation in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2019 Jul;114(7):1043-50. Texto completo (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7257434>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30908299?tool=bestpractice.bmj.com>)
 110. Qi Q, Zhang Y, Chen F, et al. Ramosetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhea: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol*. 2018 Jan 8;18(1):5. Texto completo (<https://www.doi.org/10.1186/s12876-017-0734-2>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29310568?tool=bestpractice.bmj.com>)
 111. Black CJ, Burr NE, Camilleri M, et al. Efficacy of pharmacological therapies in patients with IBS with diarrhoea or mixed stool pattern: systematic review and network meta-analysis. *Gut*. 2020 Jan;69(1):74-82. Texto completo (<https://gut.bmj.com/content/69/1/74.long>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30996042?tool=bestpractice.bmj.com>)
 112. Fukudo S, Kinoshita Y, Okumura T, et al. Ramosetron reduces symptoms of irritable bowel syndrome with diarrhea and improves quality of life in women. *Gastroenterology*. 2016 Feb;150(2):358-66. Texto completo ([http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(15\)01584-X/fulltext](http://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(15)01584-X/fulltext)) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26551550?tool=bestpractice.bmj.com>)
 113. Garsed K, Chernova J, Hastings M, et al. A randomised trial of ondansetron for the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Gut*. 2014 Oct;63(10):1617-25. Texto completo (<http://gut.bmj.com/content/63/10/1617.long>) Resumen (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24334242?tool=bestpractice.bmj.com>)

114. Jung HK, Choung R, Locke G. Diarrhea predominant irritable bowel syndrome is associated with diverticulosis: a population based study. *Am J Gastroenterol*. 2010 Mar;105(3):652-61. [Texto completo \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857983\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2857983) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19861955?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19861955?tool=bestpractice.bmj.com)

115. Zhang QE, Wang F, Qin G, et al. Depressive symptoms in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis of comparative studies. *Int J Biol Sci*. 2018 Aug 15;14(11):1504-12. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.7150/ijbs.25001\)](https://www.doi.org/10.7150/ijbs.25001) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30263003?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30263003?tool=bestpractice.bmj.com)

116. Wang B, Duan R, Duan L. Prevalence of sleep disorder in irritable bowel syndrome: a systematic review with meta-analysis. *Saudi J Gastroenterol*. 2018 May-Jun;24(3):141-50. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.4103/sjg.SJG_603_17\)](https://www.doi.org/10.4103/sjg.SJG_603_17) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29652034?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29652034?tool=bestpractice.bmj.com)

117. Li Z, Huang W, Wang X, et al. The relationship between lower urinary tract symptoms and irritable bowel syndrome: a meta-analysis of cross-sectional studies. *Minerva Urol Nefrol*. 2018 Aug;70(4):386-92. [Texto completo \(https://www.doi.org/10.23736/S0393-2249.18.03044-8\)](https://www.doi.org/10.23736/S0393-2249.18.03044-8) [Resumen \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29595038?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29595038?tool=bestpractice.bmj.com)

NICE Summary

The recommendations in this Best Practice topic are based on authoritative international guidelines, supplemented by recent practice-changing evidence and expert opinion. For your added benefit, we summarise below the key recommendations from relevant NICE guidelines.

Key NICE recommendations on diagnosis

This summary covers irritable bowel syndrome (IBS) in people aged 18 and over.

Consider assessment for IBS if the person reports having had any of the following symptoms for **at least 6 months**:

- Abdominal pain or discomfort
- Bloating
- Change in bowel habit.

Assess and examine **all** people presenting with possible IBS symptoms for the following 'red flag' indicators, and **refer** to secondary care for further investigation if any are present:

- Signs and symptoms of cancer in line with the NICE guideline *Suspected cancer: recognition and referral (NG12)*
- Inflammatory markers for inflammatory bowel disease.

Only consider IBS if the person has abdominal pain or discomfort that is either relieved by defaecation or associated with altered bowel frequency or stool form. This should be accompanied by at least 2 of the following 4 symptoms:

- Altered stool passage (e.g., straining, urgency, incomplete evacuation)
- Abdominal bloating (more common in women), distension, tension or hardness
- Symptoms made worse by eating
- Passage of mucus.

Other features such as lethargy, nausea, backache and bladder symptoms are common in people with IBS, and may be used to support the diagnosis.

A primary aim of assessment should be to establish the person's symptom profile:

- Establish the quantity, quality, and site (which can be anywhere in the abdomen) of the pain or discomfort
 - A variable site distinguishes IBS from cancer-related pain, which typically has a fixed site
- When establishing bowel habit (including quality and quantity of stool), the Bristol Stool Form Scale may be a helpful aid. Ask open questions (e.g., 'Tell me how your symptoms affect your daily life, such as leaving the house?'), and be aware that people may only disclose some symptoms (e.g., faecal incontinence) when sensitively questioned
- People with IBS present with varying symptom profiles (e.g., 'diarrhoea predominant', 'constipation predominant' or alternating symptom profiles).

If IBS diagnostic criteria are met, carry out the following tests to exclude other diagnoses:

- Full blood count
- Erythrocyte sedimentation rate or plasma viscosity
- C-reactive protein
- Antibody testing for coeliac disease (endomysial antibodies or tissue transglutaminase).

If IBS diagnostic criteria are met, the following tests are **not** necessary to confirm the diagnosis:

- Ultrasound
- Rigid or flexible sigmoidoscopy; colonoscopy; barium enema
- Thyroid function test
- Faecal ova and parasite test; faecal occult blood
- Hydrogen breath test (for lactose intolerance and bacterial overgrowth).

Link to NICE guidance

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (CG61) April 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61> <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61>

Key NICE recommendations on management

Please be aware that some of the following indications for medications may not be licensed by the manufacturer (i.e., the use of the medication is 'off-label'). Refer to the full NICE guideline and your local drug formulary for further information when prescribing.

Dietary and lifestyle advice

Give information explaining the importance of self-help in effectively managing IBS. Include information on general lifestyle, physical activity, diet and symptom-targeted medication.

- Encourage people with IBS to identify and make the most of their available leisure time and to create relaxation time.
- Assess the person's physical activity levels (ideally using the General Practice Physical Activity Questionnaire). Give brief advice and counselling to people with low activity levels to encourage them to increase their activity levels.

Assess the person's diet and nutrition, and give the following general advice:

- Have regular meals and take time to eat. Avoid missing meals or leaving long gaps between eating
- Drink at least 8 cups of fluid per day (especially water or other non-caffeinated drinks, e.g., herbal teas). Restrict tea and coffee to 3 cups per day, and reduce intake of alcohol and fizzy drinks
- It may be helpful to limit intake of high-fibre food (e.g., wholemeal or high-fibre flour and breads, cereals high in bran, whole grains such as brown rice)
- Reduce intake of 'resistant starch' (starch that resists digestion in the small intestine and reaches the colon intact), which is often found in processed or re-cooked foods
- Limit fresh fruit to 3 portions per day (a portion should be approximately 80 g)
- People with diarrhoea should avoid sorbitol (an artificial sweetener found in sugar-free sweets [including chewing gum] and drinks, and in some diabetic and slimming products)
- People with wind and bloating may find it helpful to eat oats (e.g., oat-based breakfast cereal or porridge) and linseeds (up to 1 tablespoon per day).

Review the person's fibre intake, adjusting (usually reducing) it while monitoring the effect on symptoms.

Discourage people with IBS from eating insoluble fibre (e.g., bran).

- If an increase in dietary fibre is advised, it should be soluble fibre such as ispaghula powder or foods high in soluble fibre (e.g., oats).

Advise people with IBS who choose to try probiotics to take the product for at least 4 weeks (at the dose recommended by the manufacturer) while monitoring the effect.

Discourage the use of aloe vera in the treatment of IBS.

If IBS symptoms persist while following general lifestyle and dietary advice, advice on further dietary management should be offered. Such advice should:

- Include single food avoidance and exclusion diets (e.g., low FODMAP [fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols] diet)
- Only be given by a healthcare professional with expertise in dietary management.

Pharmacological therapy

Base decisions about pharmacological management on nature and severity of symptoms. The choice of single or combination medication is determined by the predominant symptom(s).

Consider prescribing antispasmodic agents to be taken alongside diet and lifestyle advice.

For the treatment of constipation, consider:

- Laxatives, but discourage the use of lactulose
- Linaclotide, **only** if optimal or maximum tolerated doses of previous laxatives from different classes have not helped **and** the person has had constipation for at least 12 months
- Follow up people taking linaclotide after 3 months.

Loperamide should be the first choice of antimotility agent for diarrhoea.

Advise how to adjust doses of laxative or antimotility agent according to clinical response.

- The dose should be titrated according to stool consistency, with the aim of achieving a soft, well-formed stool (corresponding to Bristol Stool Form Scale type 4).

Consider tricyclic antidepressants as second-line treatment for IBS if laxatives, loperamide or antispasmodics have not helped. Start at a low dose and review regularly.

Consider selective serotonin-reuptake inhibitors for IBS **only** if tricyclic antidepressants are ineffective.

Consider possible side effects when offering tricyclic antidepressants or selective serotonin-reuptake inhibitors. Follow up people taking either of these drugs for the first time at low doses to treat IBS pain or discomfort after 4 weeks and then every 6 to 12 months.

Other interventions

Consider referral for psychological interventions (cognitive behavioural therapy, hypnotherapy and/or psychological therapy) for people who do not respond to pharmacological treatments after 12 months and who develop a continuing symptom profile (described as refractory IBS).

Do not encourage the use of acupuncture or reflexology for the treatment of IBS.

Follow-up

Agree follow-up with the person, based on the response of their symptoms to interventions. This should form part of the annual patient review.

- If any 'red flag' symptoms emerge during management and follow-up, ensure they are investigated further and/or refer to secondary care.

© NICE (2017) All rights reserved. Subject to Notice of rights NICE guidance is prepared for the National Health Service in England <https://www.nice.org.uk/terms-and-conditions#notice-of-rights>. All NICE guidance is subject to regular review and may be updated or withdrawn. NICE accepts no responsibility for the use of its content in this product/publication.

Link to NICE guidance

Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (CG61) April 2017. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61> <https://www.nice.org.uk/guidance/cg61>

Descargo de responsabilidad

BMJ Best Practice está dirigido a profesionales médicos licenciados. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) no promueve, ni respalda el uso de ningún fármaco o terapia contenida en esta publicación, ni tampoco diagnostica a los pacientes. Como profesional del ejercicio de la medicina, usted tiene la plena responsabilidad respecto a la atención y el tratamiento de sus pacientes y debe utilizar su propio criterio clínico y experiencia al utilizar este producto.

Este contenido no pretende abarcar todos los posibles métodos de diagnóstico, tratamientos, seguimiento, fármacos ni cualquier contraindicación o efecto secundario. Además, dado que esas normas y prácticas médicas cambian a medida que se dispone de nuevos datos, se deben consultar diversas fuentes. Recomendamos encarecidamente que verifique de forma independiente el diagnóstico, los tratamientos y el seguimiento especificados y que se asegure de que es adecuado para su paciente dentro de su región. Además, con respecto a los medicamentos de venta con receta, se aconseja consultar el prospecto del producto que acompaña a cada fármaco para verificar las recomendaciones de uso e identificar cualquier cambio en la pauta de dosificación o las contraindicaciones, en particular si el fármaco que se va a administrar es nuevo, se utiliza con poca frecuencia o presenta un rango terapéutico limitado. Debe asegurarse siempre de que los fármacos que receta están autorizados para su uso especificado y en las dosis especificadas en su país.

La información incluida en BMJ Best Practice se proporciona "tal cual" sin ninguna declaración, condición o garantía de que sea exacta y esté actualizada. BMJ y sus licenciadores y licenciarios no asumen ninguna responsabilidad por ningún aspecto del tratamiento administrado a ningún paciente con la ayuda de esta información. En la máxima medida en que la ley lo permita, BMJ y sus licenciadores y licenciarios no incurrirán en responsabilidad alguna, incluida, entre otras, la responsabilidad por daños y perjuicios, que se derive del contenido. Quedan excluidas todas las condiciones, garantías y otros términos que, de otro modo, podrían estar implícitos en la ley, incluidas, entre otras, las garantías de calidad satisfactoria, la idoneidad para un fin determinado, el uso de un cuidado y una capacidad razonables y la no infracción de los derechos de propiedad.

En los casos en que las prácticas óptimas de BMJ se hayan traducido a un idioma distinto del inglés, BMJ no garantiza la exactitud y fiabilidad de las traducciones, ni el contenido proporcionado por terceros (incluidos, entre otros, los reglamentos locales, las guías de práctica clínica, la terminología, los nombres de los fármacos y las dosis de los mismos). El BMJ no se hace responsable de los errores y omisiones derivados de la traducción y adaptación o de cualquier otro tipo. Cuando el BMJ Best Practice enumera los nombres de los fármacos, lo hace únicamente por las Denominaciones Comunes Internacionales recomendadas (DCI). Es posible que ciertas fórmulas de fármacos se refieran a los mismos fármacos con nombres diferentes.

Tenga en cuenta que las formulaciones y dosis recomendadas pueden diferir entre las bases de datos de fármacos, los nombres y marcas de los fármacos, las fórmulas de los fármacos o las localizaciones. Se debe consultar siempre un vademécum local para obtener información completa sobre la prescripción.

Las recomendaciones de tratamiento en las BMJ Best Practice son específicas para cada grupo de pacientes. Se recomienda tener cuidado al seleccionar el vademécum de fármacos integrados, ya que algunas recomendaciones de tratamiento son solo para adultos y los enlaces externos a un vademécum de pediatría no necesariamente recomienda su uso en niños (y viceversa). Compruebe siempre que ha seleccionado el vademécum correcto para su paciente.

En los casos en que su versión de BMJ Best Practice no coincida con la de vademécum local, deberá consultar una base de datos farmacéutica local para obtener información completa sobre los fármacos, incluidas las contraindicaciones, las interacciones farmacológicas y las dosis alternativas antes de recetar.

Interpretación de los números

Independientemente del idioma en el que se muestre el contenido, los números se muestran de acuerdo con el estándar de separador numérico original en inglés. Por ejemplo, los números de 4 dígitos no incluirán ni una coma, ni un punto decimal; los números de 5 o más dígitos incluirán comas; y los números que son

inferiores a 1 se representarán con puntos decimales. Véase la figura 1 a continuación para un cuadro explicativo.

BMJ no acepta ninguna responsabilidad por la mala interpretación de los números que cumplen con esta norma de separación numérica.

Este enfoque está en consonancia con la orientación del [International Bureau of Weights and Measures Service](#).

Figura 1 – Estilo de numeración de BMJ Best Practice

Números de 5 dígitos: 10,000

Números de 4 dígitos: 1000

numerales < 1: 0.25

Puede encontrar aquí nuestra página web completa y los términos y condiciones de la solicitud: [Términos y condiciones del sitio web](#).

Contacte con nosotros

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
Londres
WC1H 9JR
Reino Unido

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Ned Snyder, MD, MACP, AGAF

Professor of Medicine

Baylor College of Medicine and Marion DeBakey VA Hospital, Houston, TX, Adjunct Professor of Medicine, University of Texas Medical Branch, Galveston, TX

DIVULGACIONES: NS declares that he is a member on the board of the Kelsey Research Foundation, a non-profit organization. Kelsey Research Foundation has received and awarded private grants for the study of the microbiome in several diseases, including irritable bowel syndrome.

// Revisores por pares:

Douglas Drossman, MD

Professor of Medicine and Psychiatry

School of Medicine, Co-Director, UNC Center for Functional GI and Motility Disorders, Chapel Hill, NC

DIVULGACIONES: DD declares that he has no competing interests.

Simon McLaughlin, MBBS

Research Fellow

Department of Gastroenterology, St Mark's Hospital, Northwick Park, Harrow, UK

DIVULGACIONES: SM declares that he has no competing interests.

Horace Williams, MBBS

Clinical Research Fellow

Division of Medicine, Imperial College, London, UK

DIVULGACIONES: HW declares that he has no competing interests.