

**Realizado por Licenciados en Nutrición:**

- Parrota, Maria Ana
- Audisio, Jorge

---

## **Protocolo: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

---

### **1. INTRODUCCION:**

El Síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno motor cuyas manifestaciones clínicas consisten en la alteración de los hábitos intestinales, la presencia de dolor abdominal y la ausencia de un proceso patológico orgánico detectable.

Los síntomas mencionados se asocian frecuentemente con determinados sucesos emocionales o períodos prolongados de estrés y se potencian si se cometen errores groseros en la alimentación.

El término *síndrome del intestino irritable* es el más adecuado y exacto porque hace hincapié en que se trata de síndrome (no de una enfermedad) que manifiesta una actividad motora desorganizada del colon y el recto y a menudo es sólo parte de un trastorno mas generalizado del intestino. Si bien el SII puede causar dolor y malestar, no predispone a otros trastornos crónicos o potencialmente fatales como una enfermedad inflamatoria intestinal o un cáncer y no acorta la vida.

El diagnóstico del SII requiere la exclusión de enfermedades orgánicas y dado que tampoco existen correlatos precisos con la motilidad o estructurales este síndrome se define por medio de criterios clínicos.

El SII se reconoce en forma amplia como uno de los trastornos gastrointestinales detectados con mayor frecuencia. Las mujeres superan a los hombres con una relación de 2:1. Sin embargo, la preponderancia de mujeres con este diagnóstico puede reflejar patrones de búsqueda de atención médica y de derivación más que la incidencia real.

### **2. FISIOPATOLOGIA**

La imposibilidad de que los estudios de laboratorio demuestren alguna anomalía morfológica, histológica, microbiológica o bioquímica en los pacientes afectados por el SII

avala el concepto de que este síndrome es más que nada un trastorno de la motilidad gastrointestinal.

Se ha demostrado que el colon es sensible a la estimulación psicosensores. Los cambios de la motilidad intestinal en general se correlacionan poco con los síntomas del SII. Hay algunas evidencias que sugieren que los pacientes con SII pueden tener una "hiperalgesia visceral" que los torna más sensibles al espasmo y la distensión intestinales inducidos por la motilidad. Las anomalías de la capacidad de respuesta intestinal a péptidos entéricos como la colecistocinina, a la gastrina o a agonistas colinérgicos tales como la neostigmina se correlacionan poco con los síntomas en los pacientes con SII.

- **MOTILIDAD BASAL:** en los individuos normales se ven contracciones peristálticas de gran amplitud seis a ocho veces cada 24 hs. Estas contracciones tienden a agruparse alrededor de la hora de las comidas y las deposiciones. Su frecuencia está marcadamente disminuida en el SII con constipación predominante. Esto sugiere que la constipación en el SII puede deberse a la disminución de las contracciones de gran amplitud así como a la contracción segmentaria obstaculizante excesiva..

Estas contracciones de gran amplitud en largos segmentos a menudo se registran en pacientes con SII durante episodios de dolor abdominal de tipo cólico. También se ha hallado hipermotilidad del intestino delgado en asociación con el dolor y la ingestión de alimentos y éste es un motivo para preferir el término *intestino irritable* en lugar de *colon irritable*.

La motilidad del intestino delgado también parece estar alterada en el SII. En un estudio se han demostrado estallidos episódicos de contracciones durante la actividad motora diurna de fase 2 del complejo motor de migración. Estas anomalías motoras del intestino delgado tienden a desaparecer con el sueño y son exacerbadas por el estrés.

- **EFFECTOS DEL SUEÑO, EL ESTRÉS EMOCIONAL, LA COMIDA Y LA DISTENSION:** la disminución de la actividad motora del colon durante el sueño puede ser resultado de una reducción de los estímulos fisiológicos y psicológicos que afectan a este órgano y puede explicar la poca frecuencia con la cual los pacientes son despertados del sueño por los síntomas del SII. Durante el sueño tiende a predominar la fase 1 del complejo motor de migración, lo que sugiere que cuando nosotros dormimos nuestro intestino duerme.

Si bien el estrés emocional en general se asocia con cambios en las contracciones, no es suficiente para producir el SII. El estrés puede ser sólo un factor que contribuye a los

síntomas del SII. Todavía debe determinarse si es un factor necesario. Sin embargo está claro que el estrés puede exacerbar los síntomas y alterar la motilidad intestinal tanto en los individuos normales como en los pacientes con SII.

En los pacientes con SII los alimentos inducen hipermotilidad colónica durante 50 minutos o más después del comienzo de la comida y es probable que sean responsables de algunos de los síntomas posprandiales típicos. Este patrón motor, característico del SII, difiere de la respuesta normal a las comidas en dos aspectos. En primer lugar, el incremento de la motilidad normalmente aparece tan pronto como comienza la comida, en el SII esta respuesta está amortiguada. En segundo lugar la respuesta motora inducida por la comida normalmente cede en 50 minutos, en el SII la respuesta amortiguada anormal no sólo continúa durante el período posprandial sino que además se torna gradualmente más intensa.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Los criterios diagnósticos conocidos como los “*Criterios de Roma*” no han sido validados pero se recomiendan para el uso en investigación. El desarrollo de estos criterios estandarizados, de los que se careció durante muchos años es importante para facilitar la atención de los pacientes y la investigación clínica.

### *Criterios del equipo de trabajo internacional (Roma)*

Por los menos 3 meses de síntomas continuos o recurrentes de:

- 1- Dolor o malestar abdominal que se:
  - a) alivia con la defecación y/o
  - b) se asocia con un cambio de la frecuencia de las deposiciones y/o
  - c) se asocia con un cambio de la consistencia y
  
- 2- Dos o mas de los siguientes sucesos, al menos en una cuarta parte de las ocasiones o los días:
  - a) Alteración de la frecuencia de las deposiciones (con propósito de investigación “alteración” puede definirse como más de tres deposiciones cada día o menos de tres deposiciones cada semana)
  - b) Alteración de la forma de las deposiciones (deposiciones aterronadas/duras o blandas/acuosas)

- c) Alteración de las evacuaciones (esfuerzo para defecar, urgencia o sensación de evacuación incompleta)
- d) Eliminación de moco y/o
- e) Sensación de distensión abdominal

### **3. CARACTERISTICAS CLINICAS**

Por definición el dolor abdominal es común a todos los pacientes con SII. Es más probable que la diarrea indolora sea una entidad separada que una variante del SII. Sólo el 2 al 20 % de los pacientes con hábitos intestinales crónicamente alterados tienen una diarrea indolora. Mientras que la constipación se desarrolla lentamente y no es reconocible hasta después de transcurridos más de tres días entre las deposiciones, la diarrea aparece rápidamente y por lo tanto puede ser más fácil de relacionar con antecedentes emocionales y otros antecedentes: un suceso estresante puede llevar a una diarrea inmediatamente evidente pero no a una constipación inmediatamente evidente. La diarrea indolora parece ser mas aislada y de corta duración, y es más probable que represente una respuesta fisiológica (más que fisiopatológica) al estrés.. Estas características de la diarrea indolora no son típicas de los pacientes con un SII doloroso y diarrea predominante, cuyos síntomas son mas difíciles de relacionar con un suceso estresante inmediatamente precedente.

▪ **HABITOS INTESTINALES ALTERADOS:** un cambio de los hábitos intestinales es un elemento clave en el SII. La disfunción intestinal asociada con el SII comienza en la adolescencia o en una etapa temprana de la vida adulta. La alteración de la función intestinal progresa en forma gradual y finalmente se desarrolla un patrón característico que casi siempre consiste en la alternancia de constipación (\*) y diarrea, con el predominio de cualquiera de ellas.

(\*) Se define como constipación a la eliminación de menos de tres deposiciones por semana.

Los pacientes afectados por el SII con constipación predominante pueden pasar muchos días o semanas con constipación interrumpidos por breves lapsos de diarrea. La constipación que en un principio es episódica, finalmente puede volverse continua y cada vez más intratable con laxantes y luego con enemas. Las deposiciones en general son duras, lo que posiblemente refleje la deshidratación excesiva debida a su retención prolongada en el colon.

El dolor puede volverse más intenso con el aumento de la duración y severidad de la constipación. En la mitad de los pacientes la evacuación lleva al alivio del dolor pero con frecuencia hay una sensación de evacuación incompleta que conduce a intentos repetidos de defecar con un éxito mínimo o nulo.. Pueden dedicarse varias horas a este proceso antes de lograr algún alivio. La mejor evidencia aportada en cuanto a la alteración de los hábitos intestinales consiste en el relato confiable de un cambio definido de la frecuencia, la consistencia y la facilidad de eliminación de la materia fecal.

La diarrea atribuible al SII en general consiste en pequeños volúmenes de heces blandas. La evacuación es a menudo precedida por una urgencia extrema o tenesmo, que en forma típica aparecen por la mañana o después de las comidas. La deposición inicial puede tener una consistencia normal, ser seguida rápidamente por una deposición uniforme mas blanda y luego por deposiciones cada vez más blandas. La diarrea posprandial (excepto en la intolerancia a la lactosa) se correlaciona con la cantidad más que con el tipo de alimentos. Esta diarrea a veces es explosiva, porque consiste en una mezcla de gas y líquido, y habitualmente se asocia con una urgencia extrema o dolor.

- **DOLOR ABDOMINAL:** Se requiere que haya dolor o malestar abdominal para establecer el diagnóstico de SII. El dolor puede tener una intensidad variable y ser localizado o difuso. El dolor se localiza con mayor frecuencia en el cuadrante inferior izquierdo que en cualquier otro sitio y más a menudo en el abdomen alto que en el abdomen bajo. Por lo general no irradia, pero cuando es severo puede asociarse con una dorsalgia baja. Puede haber dolor rectal o tenesmo. La distensión colónica reproduce el dolor del SII y puede ser modulada por estímulos estresantes. Rara vez el dolor despierta al paciente del sueño. Esta distinción es crucial como ayuda para diferenciar entre el dolor asociado con un trastorno funcional y el vinculado con trastornos estructurales o inflamatorios.

- **DISTENSION ABDOMINAL, ERUCTOS Y FLATOS:** la distensión abdominal es referida por los pacientes en la parte baja del abdomen. En muchos casos, los síntomas son menos molestos por la mañana y van empeorando a medida que avanza el día. También es común que el paciente refiera eructos y flatos excesivos.

- **MOCO FECAL AUMENTADO:** a menudo se observa un aumento del moco fecal, que puede ser claro o blanquecino. La producción de moco ha sido atribuida en forma diversa a

la irritación, el espasmo muscular y la estimulación autonómica, sin evidencias que avalen ninguna de estas hipótesis.

▪ **SINTOMAS GASTROINTESTINALES NO COLONICOS:** se halla dispepsia, pirosis, náuseas y vómitos en el 25 al 50 % de los pacientes y síntomas esofágicos en el 44 a 51 %. Se ha demostrado una presión en reposo disminuida del esfínter esofágico inferior y contracciones anormales en el cuerpo esofágico. También se han demostrado anomalías motoras en el estómago, intestino delgado y vesícula.

▪ **RELACION CON EL CICLO MENSTRUAL:** en algunos estudios se ha demostrado que es significativamente más probable que las pacientes con un SII conocido experimenten una exacerbación de sus síntomas durante la menstruación.

▪ **SUCESOS VITALES ESTRESANTES:** los síntomas del SII aparecen durante períodos de estrés y tensión emocional o después de estos períodos. Es frecuente ver trastornos psicológicos concomitantes en pacientes con SII.

### **3. DIETOTERAPIA**

Aunque muchos pacientes con SII creen que los síntomas son causados por alimentos específicos, estas relaciones son difíciles de comprobar. Muchos pacientes limitan su dieta en forma innecesaria.

Las recomendaciones terapéuticas iniciales generalmente se centran en medidas higiénico-dietéticas. Se debe realizar una profunda anamnesis alimentaria para conocer gustos, hábitos y tolerancias. Se tendrá en cuenta, para planificar la dietoterapia, los estímulos del peristaltismo intestinal y su acción en esta patología.

### **4. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO**

- \* Evitar la sintomatología presente
- \* Mantener o normalizar el estado nutricional

### **5. PLAN DE ALIMENTACION:**

\* **Requerimientos Calóricos**: distribución normal de macronutrientes con un Valor Calórico Total que permita mantener un peso saludable o recuperar un estado nutricional normal.

\* **Valor vitamínico – Mineral**: no requiere suplementación de micronutrientes.

\* **Características Físicas**:

- *Volumen, temperatura y consistencia*: están relacionados con el intestino a través de la etapa gástrica (tiempo de evacuación gástrica acelerada, las temperaturas frías y la consistencia del quimo de difícil desmonoramiento, aumentando el peristaltismo intestinal). Por lo tanto la consistencia de la dieta será de fácil disgregación gástrica, el volumen será fraccionado y la temperatura de las preparaciones será templada, evitando temperaturas extremas.

\* **Características Químicas**:

- *Lactosa*: en la mayoría de los pacientes con SII hay intolerancia a la lactosa, debido al déficit de lactasa. Esto provoca síntomas como diarrea, dolor y distensión abdominal. Generalmente, al eliminar la lactosa de la alimentación mejora la sintomatología.

- *Fibra Dietética*: en el SII la ingesta pobre de fibra se asocia con una disminución del volumen de la materia fecal. Al aumentar la ingesta de fibra, con el agregado de salvado de trigo y el manejo de vegetales y frutas, mejora el volumen fecal.

- *Almidón Resistente*: los pacientes con SII generalmente tienen déficit de isomaltasa (enzima que degrada las uniones alfa 1-6), razón por la cual tienen una mala tolerancia al almidón resistente.

- *Hiperconcentración de mono y disacáridos*: se deberán manejar con precaución, dada su acción sobre el aumento de secreciones y del peristaltismo intestinal.

- *Tejido Conectivo*: se manejará modificado por cocción y subdivisión, y en progresión.

- *Grasas*: retardan el vaciamiento gástrico y producen sintomatología como pirosis, náuseas, epigastralgia, presentes en la mayoría de los pacientes con SII.

-*Purinas*: aumentan el peristaltismo, con aumento de las secreciones y reducción de la absorción intestinal.

- *Sustancias Estimulantes*: los colecistoquinéticos estimulan las secreciones intestinales a nivel del entericito.

-*Sabor y Aroma*: suaves y agradables.

▪ **DIETOTERAPIA EN EL PERIODO AGUDO**: en el período agudo del SII no se maneja ningún tipo de estímulo intestinal.

▪ **DIETOTERAPIA EN EL PERIODO DE TRANSICION**: se incorpora hemicelulosa modificada por cocción y subdivisión.

▪ **DIETOTERAPIA EN EL PERIODO ESTABLE**: en el período estable se deberá desafiar al paciente con la reintroducción de los alimentos en forma gradual, a los efectos de ampliar la selección y mejorar el cumplimiento del plan de alimentación. En esta etapa se debe manejar un régimen con estímulos moderados del peristaltismo intestinal, para lograr una adecuada evacuación. Luego se progresará con los estímulos intensos en forma gradual y con determinadas limitaciones (lactosa modificada, fibra insoluble). Se evitan los alimentos productores de gas.

## **6. CONCLUSIONES**

El SII es un trastorno complejo con componentes fisiológicos y psicosociales. Lo mejor es que el tratamiento se administre en forma individualizada y se ajuste a las necesidades de cada paciente. Cada vez se comprende mejor la importancia de las intervenciones psicosociales y médicas y éstas pueden ser extremadamente útiles en el manejo de estos pacientes.



Es importante detectar y manejar los factores que favorecen la enfermedad y promueven la discapacidad. La movilización de los recursos sociales y otros recursos del paciente, lo que incluye a los miembros de la familia, puede promover la calidad de vida.

Los grupos de apoyo para los pacientes pueden ser útiles para permitir que éstos puedan manejar su propia vida y para minimizar el desamparo y la discapacidad producidos por el SII.

Las medidas higiénico-dietéticas y el apoyo terapéutico para el aprendizaje de técnicas tendientes a manejar el estrés forman parte del tratamiento del SII.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Kevin W Orden y Marvin M. Schuster. Síndrome del Intestino Irritable.
- Torresani María Elena, Somoza María Inés. Lineamientos para el Cuidado Nutricional. 1º Edición, 1999.
- Sleisenger & Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 6º edición. Tomo 2. Editorial Panamericana.
- Soporte Nutricional Especial. Mora. 2º Edición. Editorial Panamericana
- . Stephen McPhee et al. Fisiopatología Médica Editorial Manual Moderno. 1997
- Fuente: Drossman D. A. Functional Gastrointestinal Disorders: Diagnosis and Treatment Boston. Little Brown & Co. 1994