

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Práctica Clínica

SEDENA

SEMAR

Para el diagnóstico y tratamiento del
Síndrome de Colon irritable.

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-042-08.

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma Nos 450 piso 13 Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.
[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)
Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC.

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Guía de Práctica clínica Para el Diagnóstico, Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable.** México: Secretaria de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

K58 Síndrome del Colon Irritable

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento del síndrome De Colon irritable.

Autores :

Dr Gilberto Alfaro Becerra	Medicina Familiar	IMSS	Coordinación de informática en salud, Delegación Jalisco
Dr Ricardo Remigio Centeno	Medicina Familiar	IMSS	UMF 67, Obregón Delegación Sonora
Dra Beatriz Cecilia Franco Vergara	Medicina Familiar	IMSS	HGZ c/MF 7 Monclova, Coahuila
Dr Sergio Ortiz García	Medicina Familiar	IMSS	HP/UMF 10, Delegación DF Sur
Dr Rodolfo Rivera Zumaya	Medicina Familiar	IMSS	UMF 64, Delegación 15, Estado de México
Dr Horacio Olguín Juárez	Cirugía General	ISSSTE	Coordinación de Cirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	IMSS	División de Excelencia clínica. Coordinación de UMAE

Validación:

Dr Pedro de Jesus Bernal Escobosa	Medicina Familiar	IMSS	UMF 35 Culiacán Sinaloa.
Dra Sonia Patricia de Santillana Hernández	Medicina Familiar	IMSS	Unidad de Medicina Familiar #20. Delegación 1 Norte en el DF.
Dra María del Carmen Aguirre García	Medicina Familiar	IMSS	Unidad de Medicina Familiar #20. Delegación 1 Norte en el DF
Dr Enrique Manuel Guzmán Vega	Gastroenterología	IMSS	UMAE Hospital Especialidades 71 Torreón, Coahuila

Índice.....	Pág.
1. Clasificación.....	5
2. Preguntas A Responder Por Esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1. Justificación.....	7
3.2. Objetivo de esta Guía.....	7
3.3 Definición.....	8
4. Evidencias y Recomendaciones.....	9
4.1 Prevención primaria.....	10
4.1.1 Promoción de la salud.....	10
4.1.1.1 Estilos de vida.....	10
4.2 Prevención secundaria.....	10
4.2.1 Detección.....	10
4.2.1.1 Pruebas De Detección Específica. Factores De Riesgo.....	10
4.3. Diagnóstico.....	11
4.3.1. Diagnóstico clínico (ver anexo 3).....	11
4.3.2 Pruebas diagnósticas.....	12
4.4 Tratamiento.....	13
4.4.1. Tratamiento Farmacológico (ver anexo 4).....	13
4.4.2 Tratamiento no farmacológico.....	14
4.5 Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	16
4.5.1 Criterios técnicos médicos de referencia.....	16
4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención.....	16
4.6 Vigilancia y Seguimiento.....	17
4.7. Tiempo Estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda.....	19
Algoritmos.....	20
5. Definiciones Operativas.....	22
6. Anexos.....	23
6. 1. Protocolo de búsqueda.....	23
6.2. Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación.....	24
6.3. Clasificación o escalas de la enfermedad.....	31
6.4. Medicamentos.....	32
7. Bibliografía.....	38
8. Agradecimientos.....	39
9. Comité Académico.....	40
10. Directorio.....	41
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	42

1. CLASIFICACIÓN

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-04Z-08.	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos familiares, Médicos internistas, Cirujanos generales
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K58 Síndrome del Colon Irritable
GRD	Enfermedad Intestinal Inflamatoria 179
CATEGORÍA DE GPC	Primero y Segundo Nivel de Atención Diagnóstico Tratamiento Pronóstico Vigilancia Seguimiento
USUARIOS POTENCIALES	Personal de salud en formación y servicio social, Médico familiar, Médico general
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado Coordinación UMAE División de Excelencia clínica y Coordinación de Cirugía del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" Delegación Jalisco, Sonora, Coahuila, Estado de México, Sur DF, Sinaloa, 1 Norte DF Unidades Médicas participantes UMF 67, HGZ c/MF 7, HP/UMF 10, UMF 64, UMF 35, UMF 20, Hospital Especialidades 71.
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres 18 años con sospecha de SCI
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Realizar historia clínica completa con énfasis en síntomas gastrointestinales, toma de BHC, VSG y PCR como pruebas clínicamente útiles para apoyar el diagnóstico, indicaciones de modificación de estilo de vida (ejercicio, dieta), apoyo con terapia cognitivo conductual, hipnoterapia y/o terapia psicológica
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Disminución del número de consultas Referencia oportuna y efectiva Satisfacción con la atención Mejora de la calidad de vida Reducción del número de cirugías innecesarias Uso adecuado de medicamentos Disminución del número de estudios de laboratorio y gabinete no justificados Actualización Uso eficiente de los recursos Diagnóstico oportuno de otras enfermedades
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 11 Guías seleccionadas: 3 del periodo 2000-2008 Revisiones sistemáticas : 2 Ensayos controlados aleatorizados : 6 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catalogo Maestro: IMSS-04Z-08. Fecha de Publicación: 2009 Fecha de Actualización: Julio 2010 (de 3 a 5 años a partir de la actualización)

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los factores de riesgo o factores predisponentes para el Síndrome de Colón Irritable (SCI)?
2. ¿Cómo se establece el diagnóstico de SCI?
3. ¿Qué enfermedades pueden asociarse al SCI?
4. ¿Qué exploraciones son necesarias para el diagnóstico de SCI?
5. ¿Qué pruebas diagnósticas pueden apoyar el estudio del paciente con SCI?
6. ¿Qué medidas no farmacológicas han demostrado ser eficaces en el tratamiento del SCI?
7. ¿Qué medidas farmacológicas han mostrado ser más eficaces en el manejo del SCI?
8. ¿Cuáles son los criterios clínicos para referir al paciente con SCI al segundo nivel de atención?
9. ¿Cuáles son los factores que modifican el pronóstico de los pacientes con SCI?
10. ¿Cuáles son los elementos necesarios para la vigilancia y seguimiento del SCI?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de una GPC de SCI se justifica por: la alta prevalencia, la cronicidad del padecimiento, el retraso en el diagnóstico y la gran variabilidad en el tratamiento.

El estar asociado con frecuencia a otras enfermedades (fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, depresión y ansiedad) dificulta el manejo y puede modificar el pronóstico.

El diagnóstico se establece clínicamente con facilidad utilizando los criterios diagnósticos para SCI, por lo que no se requiere una prueba específica. Sin embargo el médico con frecuencia desconoce estos criterios y solicita estudios de laboratorio y gabinete de manera indiscriminada. El impacto económico es importante por la gran cantidad de recursos en salud que se utilizan para la atención de estos pacientes. Además del impacto negativo que ejerce sobre la calidad de vida de los pacientes con SCI.

3.2. OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica para el **Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar el abordaje del síndrome de colón irritable (SCI) en el primer nivel de atención.
2. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos del diagnóstico, tratamiento, vigilancia, seguimiento y pronóstico del SCI.
3. Establecer los criterios de referencia del SCI al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Síndrome de Colon Irritable (SCI): Se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes como dolor y distensión abdominales junto con alteraciones en el hábito deposicional, en ausencia de trastornos metabólicos o estructurales que justifiquen los síntomas.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud

2++
(GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

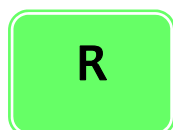
1a
[E: Shekelle]
Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

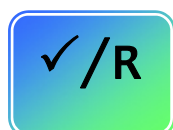
Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



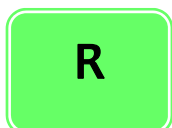
BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación



Se recomienda que en toda la población, se fomente un programa educativo que incluya la adopción de estilos de vida saludables, buenos hábitos de alimentación, actividad física y manejo de estrés (PREVENIMSS)

Nivel / Grado

Consenso del grupo que elaboró la presente guía [√]

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN

4.2.1.1 PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA. FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación



Las mujeres tienen el doble de riesgo respecto a los hombres de presentar SCI.

Nivel / Grado

2b
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div>	<p>No se ha encontrado relación entre la raza y SCI.</p>	<p style="text-align: right;">2b</p> <p>(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)</p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div>	<p>El SCI es más frecuente en adultos.</p>	<p style="text-align: right;">2b</p> <p>(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)</p>

4.3. DIAGNÓSTICO

4.3.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO (VER ANEXO 3)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div>	<p>Las principales manifestaciones clínicas del SCI son el dolor abdominal y las alteraciones deposicionales (diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos).</p>	<p style="text-align: right;">2b</p> <p>(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)</p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; background-color: #4a86e8; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">E</div>	<p>Los profesionales de la salud consideran el diagnóstico de SCI en las personas que presentan o han presentado estos síntomas con una evolución de 12 semanas</p>	<p style="text-align: right;">BUENA</p> <p>(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)</p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #76ff00; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div>	<p>Se debe considerar el diagnóstico de SCI en pacientes que reporten cualquiera de los siguientes síntomas de por lo menos 6 meses de duración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el hábito intestinal. <p>Dolor/malestar abdominal y/o meteorismo</p>	<p style="text-align: right;">Consenso de expertos</p> <p>(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)</p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; background-color: #76ff00; color: white; text-align: center; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto 20px auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">R</div>	<p>En pacientes con síntomas sugestivos, el cumplimiento de los criterios diagnósticos (ver anexo 3, cuadro 1) es suficiente para establecer el diagnóstico de SCI. En ausencia de síntomas y signos de alarma</p>	<p style="text-align: right;">Buena evidencia</p> <p>(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)</p> <p style="text-align: right;">B</p> <p>(Síndrome del Intestino Irritable. Guía de Práctica Clínica. Barcelona 2005)</p>

R

El SCI es un diagnóstico estable, es decir que una vez que se realiza es poco probable que el paciente tenga otra patología.

B
(Síndrome del Intestino Irritable. Guía de Práctica Clínica. Barcelona 2005)

√

Consenso del grupo que elaboró la presente guía
Evidencia limitada
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

En todos los pacientes con síntomas sugestivos de SCI se deben buscar intencionadamente síntomas y signos de alarma (ver anexo 3, cuadro 2)

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

4.3.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación

E

Hay evidencia limitada de la utilidad clínica de la biometría hemática (BHC), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) en el diagnóstico del SCI.

Nivel / Grado

Evidencia limitada
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

No obstante aunque la evidencia es limitada la toma de BHC, VSG y PCR son pruebas de bajo costo, clínicamente útiles para apoyar el diagnóstico positivo de SCI, y es poco probable que incrementen los costos de la atención médica.

Consenso de expertos
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

En pacientes que cumplan los criterios diagnósticos de SCI, no existe justificación para realizar otras pruebas diagnósticas (ultrasonido, sigmoidoscopia, colonoscopia, pruebas de función tiroidea, coproparasitoscópicas, búsqueda de sangre oculta en heces, prueba de aliento con lactasa) siempre y cuando no tengan síntomas y signos de alarma.

B
(Síndrome del Intestino Irritable. Guía de Práctica Clínica. Barcelona 2005)
Consenso de expertos
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (VER ANEXO 4)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Aun no se han identificado estudios acerca de la eficacia en el tratamiento del SCI.

Za
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

Los objetivos principales son: modificar factores psicológicos, estilo de vida y dar manejo a los síntomas digestivos.

Zb
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

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

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

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

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

En caso de diarrea el medicamento mas utilizado es la loperamida, que remite y controla la urgencia defecatoria.

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

E

En caso de diarrea de difícil manejo el alosetrón ha mostrado ser eficaz, aunque todavía se encuentra en fase de estudio.

R

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

Consenso de expertos
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

✓/R

En caso de dolor se pueden utilizar analgésicos, por tiempos cortos 1 a 3 días, siendo la primera opción paracetamol.

Consenso del grupo que elaboró a presente guía.

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> R </div>	<p>En caso de dolor también se recomienda el uso de los Inhibidores de la recaptura de serotonina (IRSS) fluoxetina, sertralina, citalopram y paroxetina.</p>	<p style="text-align: right;">Buena evidencia (Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> R </div>	<p>En caso de ansiedad y depresión se recomiendan los antidepresivos tricíclicos, dado su efecto antimuscarínico que disminuye los síntomas como el dolor.</p>	<p style="text-align: right;">Moderada / Buena evidencia (Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #6495ED; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> E </div>	<p>En el manejo del meteorismo se recomienda el uso de probióticos asociados a cambios en la alimentación, aunque todavía están en estudio.</p>	<p style="text-align: right;">2b Evidencia moderada (Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)</p>

4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #6495ED; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> E </div>	<p>El ejercicio físico y una dieta equilibrada y dedicar un tiempo suficiente a la defecación mejoran los síntomas en el paciente con SCI.</p>	<p style="text-align: right;">2c (GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> R </div>	<p>Se debe incorporar al paciente con SCI a un programa de ejercicio y de educación nutricional para mejorar los síntomas.</p>	<p style="text-align: right;">C (GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)</p>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; background-color: #90EE90; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> R </div>	<p>Deben tomarse en cuenta las necesidades individuales y preferencias del paciente cuando se indica un programa de ejercicio.</p>	

R

Se considera que un programa de ejercicio de intensidad moderada cinco días a la semana durante 30 minutos, tiene un beneficio para la salud en general.

C
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

No hay suficiente evidencia sobre el efecto de la ingesta de fibra soluble o insoluble para mejorar los síntomas.

Evidencia limitada
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

E

El consumo de fibra insoluble (salvado) incrementa los síntomas comparado con el consumo de fibra soluble (avena)

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

E

En algunos pacientes el sorbitol, la cafeína, las grasas, el alcohol, los huevos, el trigo, los frutos secos o la leche pueden exacerbar la sintomatología del SCI, aunque las dietas con exclusión de estos alimentos no han mostrado resultados concluyentes.

3a
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

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

2a
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

Los pacientes con SCI que tienen estrés crónico desarrollan en el 41% más síntomas que los que no tienen estrés.

Consenso de expertos
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

R

Ante la sospecha de SCI se debe iniciar manejo temprano de los síntomas para evitar cronicidad, incluyendo el manejo del estrés crónico por un período de por lo menos 16 meses para evitar refractariedad al tratamiento.

Consenso de expertos
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

R

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

A
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

R

Se deben otorgar por escrito al paciente con SCI las recomendaciones sobre la importancia de los cambios en el estilo de vida, dieta, ejercicio, el tratamiento médico y la medicina alternativa.

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

E

La terapia cognitiva conductual, la psicoterapia y la hipnoterapia han mostrado mejoría significativa de los síntomas.

2a
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

No hay diferencia significativa entre los pacientes que solo utilizan medicina alternativa (acupuntura, herbolaria, yoga) comparados con pacientes que utilizan solo tratamiento farmacológico.

2b
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

R

En pacientes que no han respondido a ningún tratamiento después de 12 meses se recomienda el envío a psicoterapia, terapia cognitivo-conductual o hipnoterapia.

Buena evidencia
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.5.1 CRITERIOS TÉCNICOS MÉDICOS DE REFERENCIA

4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación

R

Los pacientes con síntomas de alarma, con diagnóstico incierto o dudoso o aquellos que no han sido sucesivamente controlados en la consulta de Medicina familiar deben referirse a segundo nivel.

Nivel/Grado

Consenso de expertos
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

R

En caso de falta de respuesta al tratamiento disponible en el primer nivel de atención referir al segundo nivel.

√
Consenso del grupo que elaboró la presente guía

R

La presentación de algún síntoma de alarma durante el manejo y seguimiento es motivo de referencia a segundo nivel de atención.

Moderada
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

Referir para apoyo psicológico (terapia cognitivo conductual, hipnoterapia y/o terapia psicológica) a las personas con SCI que no han respondido al tratamiento después de 12 meses y continúan con síntomas.

Consenso del grupo de trabajo
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

R

El SCI puede asociarse con otras enfermedades como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica o el dolor pélvico crónico, deben consultarse las guías de manejo existentes y en caso necesario decidir el envío a segundo nivel.

B
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

√
Consenso del grupo que elaboró la presente guía

4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

E

La valoración de la respuesta al tratamiento del SCI resulta ser compleja por los distintos enfoques terapéuticos.

Nivel/Grado

√
Consenso grupo que elaboró la presente guía

R

Una vez instalado el tratamiento se recomienda una revaloración de los pacientes cada 3 ó 4 semanas para verificar la respuesta.

Consenso de expertos
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

R

Los pacientes que tienen buena respuesta al manejo deben ser vistos cada 3 a 4 meses y es recomendable valorarlos con estudios de laboratorio (BH, PCR, VSG) cada 6 a 12 meses.

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

√
Consenso del grupo que elaboró la presente guía

R

En los pacientes con trastornos psicológicos se debe intensificar la vigilancia para evaluar las condiciones de los pacientes de manera mensual hasta por 12 meses.

Buena evidencia
(Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008)

E

El SCI es una enfermedad crónica no se ha demostrado que los pacientes desarrollen enfermedades serias y no hay evidencia de que la presencia de la enfermedad incremente la mortalidad. Sin embargo si puede incrementar las cirugías innecesarias (colecistectomías, apendicectomías, histerectomías)

Consenso de expertos
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

E

El pronóstico se ve afectado por la cronicidad de los síntomas y el hecho de no dar manejo de forma temprana ante la sospecha de SCI.

Consenso de expertos
(Guidelines on irritable bowel syndrome; mechanisms and practical management. Spiller, 2007)

E

El seguimiento a largo plazo (2 años) indica que 2-18% de pacientes con SCI empeorarán de sus síntomas, pero el resto no tendrá cambio o mejorará.

Consenso de expertos
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

E

Los factores que pueden predecir empeoramiento de los síntomas son: cirugía previa, presencia de ansiedad y depresión.

Consenso de expertos
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

R

El diagnóstico y tratamiento oportunos disminuye las cirugías innecesarias y mejora los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con SCI.

B
(GPC Asociación Española de Gastroenterología y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2005)

4.7. TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación



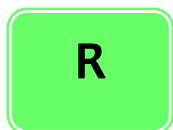
En SCI la intensidad de los síntomas rara vez basta para justificar incapacidad, salvo permisos para ausentarse del trabajo para acudir a la consulta.

Nivel/Grado

MDA 2005.

√

Consenso del grupo que elaboró la guía



En caso necesario la incapacidad no deberá exceder de los tres días en pacientes con SCI.

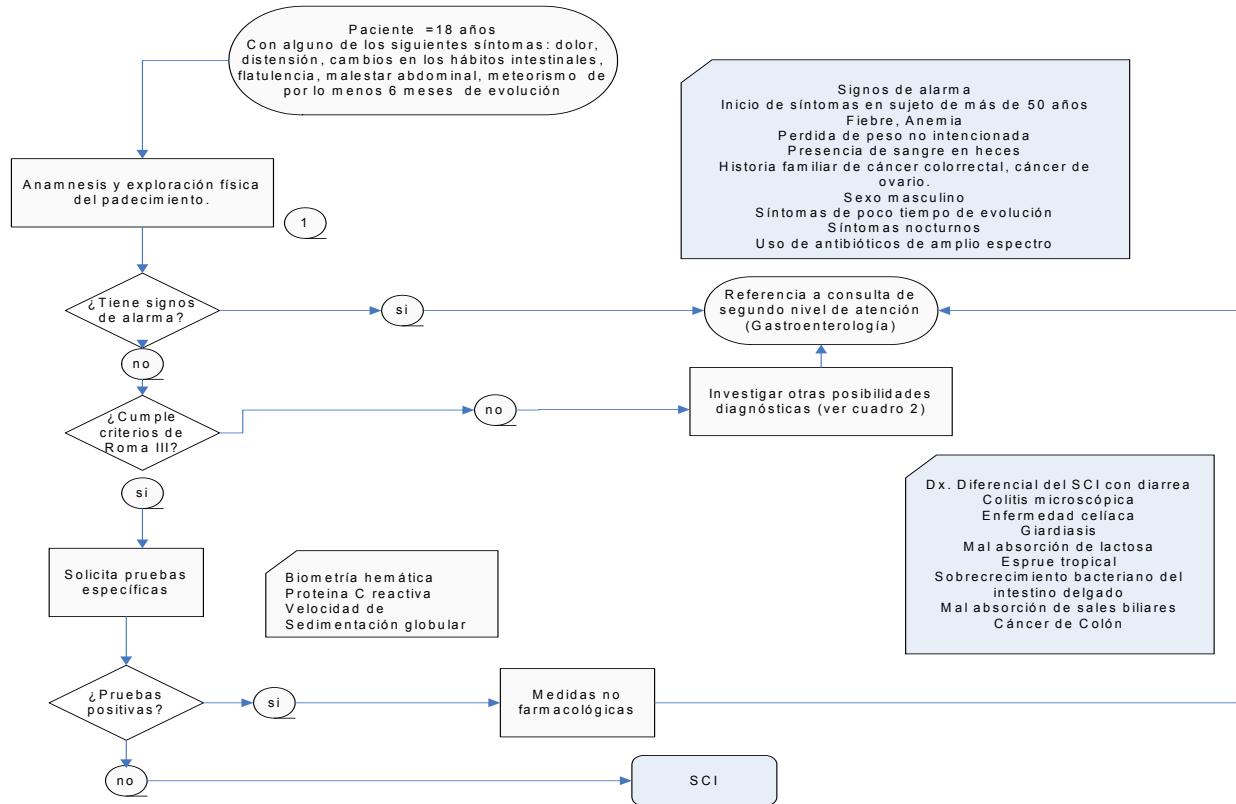
MDA 2005.

√

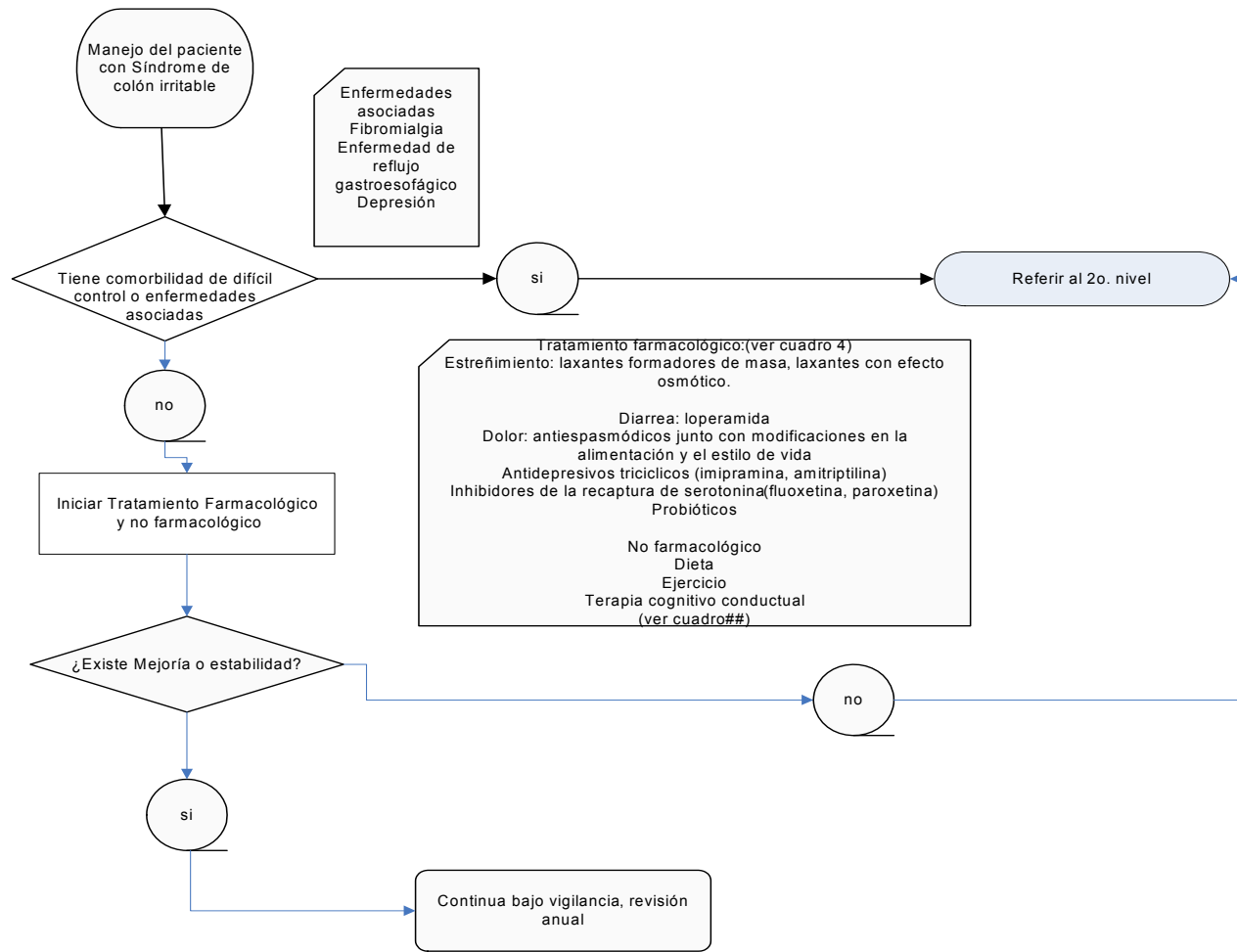
Consenso del grupo que elaboró la presente guía

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. SÍNDROME DE COLON IRRITABLE. DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION



Algoritmo 2. Síndrome de Colon Irritable. Manejo en el primer nivel de atención



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

Alodinia: Hipersensibilidad visceral en la que existe una respuesta dolorosa anormal a una señal aferente visceral inocua.

Borborigmos: sonido producido por el movimiento del gas a través del intestino.

Diarrea: condición en la cual los movimientos intestinales son rápidos provocando evacuaciones frecuentes y líquidas.

Distensión abdominal: Sensación de que el abdomen está lleno.

Endoscopia: procedimiento que utiliza un endoscopio para el diagnóstico o tratamiento de una condición. Los tipos de endoscopia incluyen la colonoscopia, sigmoidoscopia, gastroscopia, enteroscopia y la esofagastroduodenoscopia.

Enfermedad celiaca: también se conoce como enfermedad del colon, esprue no tropical, esprue celiaco e intolerancia al gluten. Es un desorden autoinmune caracterizado por daño de todo o parte de las vellosidades del intestino delgado, este daño es causado por exposición al gluten y relacionado con la presencia de proteínas en trigo, arroz, malta, cebada y en menor grado avena.

Estreñimiento: condición en la cual los movimientos intestinales son lentos, provocando que la materia fecal sea dura y seca, y la eliminación de esta difícil e infrecuente.

Estreñimiento funcional: grupo de trastornos funcionales que se presentan con deposiciones infrecuentes, dificultosas o incompletas.

Síntomas y signos de alarma: fiebre, sangrado, anemia, pérdida de peso o alteraciones en la exploración física (presencia de una masa abdominal) que no pueden explicarse por un trastorno funcional gastrointestinal.

Terapia cognitiva conductual: es una forma de psicoterapia basada en el concepto de que la forma en que el sujeto piensa acerca de las cosas puede afectar la manera de sentir emocionalmente. La terapia cognitiva se enfoca en el pensamiento, comportamiento y comunicación en el presente más que en la experiencia pasada y esta orientada a resolver un problema. Su objetivo es ayudar al sujeto en la forma en que piensa (cognición) y en la forma en que actúa (comportamiento)

6. ANEXOS

6. 1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico, tratamiento, vigilancia, seguimiento y pronóstico del SCI en la población mayor de 18 años.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre SCI en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines International Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE 2008
2. Síndrome del Intestino Irritable. Guía de Práctica Clínica. Barcelona 2005
3. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. Gut /Spiller2007

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: irritable bowel syndrome, guidelines, síndrome de intestino irritable.

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo \surd y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE LA GUÍA DE IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN ADULTS: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF IRRITABLE BOWEL SYNDROME IN PRIMARY CARE. NICE 2008

CRITERIOS GRADE PARA ASIGNAR EL GRADO O CALIDAD DE LA EVIDENCIA (GRADING QUALITY OF EVIDENCE AND STRENGTH OR RECOMMENDATIONS)

Diseño de Estudio	Calidad de la Evidencia
Ensayos clínicos aleatorizados controlados	Alta
Ensayos clínicos aleatorizados	Moderado
Estudio observacional	Baja
Cualquier otro diseño de estudio	Muy Baja

DISMINUIR el grado o calidad SI	
Condición	Puntaje
Limitación importante en la calidad del estudio	-1
Limitación muy importante en la calidad del estudio	-2
Inconsistencia importante en la calidad del estudio	-1
Alguna incertidumbre acerca de la que evidencia sea directa	-1
Gran incertidumbre acerca de que la evidencia sea directa	-2
Información imprecisa o escasa	-1
Alta probabilidad de sesgo de información	-1

AUMENTAR el grado o calidad SI	
Condición	Puntaje
Evidencia de una asociación fuerte: 1. Riesgo Relativo significativo > 2 ó < 0.5 2. Basado en evidencia consistente derivada de 2 o más estudios observacionales 3. Sin factores de confusión plausibles	+ 1
Evidencia de una asociación muy fuerte: <ul style="list-style-type: none"> ● Riesgo Relativo > 5 ó < 0.2 ● Basada en evidencia directa ● Sin amenazas importantes para la validez 	+ 2
Evidencia de gradiente dosis respuesta	+1
Todos los posibles factores confusores podrían haber reducido el efecto observado	+1

CRITERIOS GRADE PARA ASIGNAR RECOMENDACIONES

Los profesionales de la salud responsables de elaborar recomendaciones deberán tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El balance entre los beneficios y los riesgos
2. La calidad y de la evidencia
3. El trasladar la evidencia a la práctica clínica en un ambiente específico
4. La incertidumbre sobre el riesgo basal de la población de interés

Balance entre beneficios y riesgos	
Beneficios netos	La intervención claramente comporta más beneficios que riesgos
Beneficios con aceptación de los riesgos	La intervención comporta beneficios y riesgos
Beneficios inciertos con aceptación de los riesgos	No está claro que la intervención comporte más beneficios que riesgos
Ausencia de beneficios netos	La intervención claramente no comporta más beneficios que riesgos
Notas:	
<ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable que los juicios sobre balance entre los beneficios importantes en salud y los riesgos se lleven a cabo ANTES de considerar los COSTES. • Cuando los beneficios y los riesgos varían en diferentes ámbitos o grupos de pacientes las recomendaciones se deben adaptar a cada ámbito específico y a cada grupo de pacientes en concreto. • Es importante considerar las particularidades de las poblaciones más desfavorecidas y, si es apropiado modificar las recomendaciones para tener en cuenta estas desigualdades. 	
Categorías de Recomendaciones	
Hazlo	Decisión que tomaría la mayoría de personas bien informadas
No lo hagas	
Probablemente hazlo	Decisión que tomaría la mayoría de personas bien informadas, aunque una minoría considerable no lo haría
Probablemente no lo hagas	

CONCLUSIONES SOBRE LA EVIDENCIA DE ACUERDO A LA ESCALA DE GRADE*

DESCRIPCIÓN	CALIDAD	CANTIDAD
Evidencia fuerte	Buena	Estudios con gran cantidad de sujetos/Metanálisis
Evidencia buena	Buena	
Evidencia moderada		Cantidad razonable
Evidencia leve	Calidad aceptable	
Evidencia limitada		No suficiente evidencia ensayos con < de 50 sujetos
Evidencia débil	Calidad pobre	
Evidencia insuficiente		No suficiente evidencia estudios con < de 20 sujetos, o intervalos muy amplios

*NICE 2008

ESCALA DE RECOMENDACIONES Y NIVEL DE EVIDENCIA DE LA GUÍA DE MANEJO DEL PACIENTE CON DISPEPSIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Estudios sobre tratamiento, prevención, etiología y complicaciones.		
Grados de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática (RS) ensayo clínico controlado aleatorizado (ECA) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comprobables y en la misma dirección)
	1b	ECA individual (con intervalos de confianza estrechos)
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación.
B	2a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Estudio de cohortes individual y ECA de baja calidad (< 80% de seguimiento)
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	RS de estudios de caso-control, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	3b	Estudios de caso-control individuales.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Estudios sobre historia natural y pronóstico.

Grados de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de estudios de cohortes, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en diferentes poblaciones.
	1b	Estudios de cohortes individuales con > 80% de seguimiento, reglas de decisión diagnóstica (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en una única población.
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (serie de casos).
B	2a	RS de estudios de cohorte retrospectiva o de grupos controles no tratados en un ECA, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudio de cohorte retrospectiva o seguimiento de controles no tratados (algoritmos de estimación o escalas que permiten estimar el pronóstico) validadas en muestras separadas.
	2c	Investigación de resultados en salud.
C	4	Serie de casos y estudios de cohortes de pronóstico de poca calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración explícita.

Diagnóstico diferencial / estudio de prevalencia de síntomas.		
Grados de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección) de estudios prospectivos de cohortes.
	1b	Estudio de cohortes prospectivo con un seguimiento > 80% y con una duración adecuada para la posible aparición de diagnósticos alternativos.
	1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica y no por la experimentación (series de casos).
B	2a	RS de estudios de nivel 2 o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudio de cohortes retrospectivo o de baja calidad (< 80% de seguimiento).
	2c	Estudios ecológicos.
	3a	RS de estudios de nivel 3b o superiores, con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3b	Estudio de cohortes con pacientes no consecutivos o con una población muy reducida.
C	4	Series de casos o estándares de referencia no aplicados.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Diagnóstico.		
Grados de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección), reglas de decisión diagnóstica con estudios 1 b de diferentes centros clínicos.
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de un prueba específica, con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) estudiados en un solo centro.
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico.
B	2a	RS de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	2b	Estudios exploratorios que, por ejemplo, a través de una regresión logística, determinen qué factores son significativos con unos buenos estándares de referencia (independientes de la prueba), algoritmos de categorización del diagnóstico (reglas de decisión diagnóstica) derivados o validados en muestras separadas o bases de datos.
	3a	RS de estudios diagnósticos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3b	Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente.
C	4	Estudio de casos y controles de baja calidad o sin un estándar independiente.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Grados de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	1a	RS de estudios económicos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	1b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas de la evidencia, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	1c	Análisis en términos absolutos de riesgos y beneficios clínicos: claramente tan buenas o mejores, pero más baratas, claramente tan malas o peores, pero más caras.
B	2a	RS de estudios económicos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
	2b	Análisis basados en los costes clínicos o en sus alternativas, revisiones sistemáticas con evidencia limitada, estudios individuales, e inclusión de análisis de sensibilidad.
	2c	Investigación de resultados en salud.
	3a	RS de estudios económicos de nivel 3 b o superiores (mediana calidad) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección).
	3b	Análisis sin medidas de coste precisas pero incluyendo un análisis de sensibilidad que incorpora variaciones clínicamente sensibles en las variables importantes.
C	4	Análisis que no incluye análisis de la sensibilidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

CUADRO I. LA ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

6.3. CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

Cuadro I. Signos y Síntomas de alarma en SCI
<p>Inicio de los síntomas en pacientes mayores de 50 años</p> <p>Síntomas de corta duración</p> <p>Alteraciones en la exploración física (tumorações abdominales, rectales, pélvicas)</p> <p>Presencia de síntomas nocturnos</p> <p>Fiebre</p> <p>Anemia</p> <p>Pérdida de peso no intencionada o inexplicable</p> <p>Presencia de sangre en heces</p> <p>Historia familiar de cáncer colorectal</p> <p>Historia familiar de cáncer de ovario</p> <p>Historia familiar de enfermedad inflamatoria intestinal</p> <p>Historia familiar de enfermedad celíaca</p> <p>Marcadores inflamatorios en relación con enfermedad inflamatoria intestinal</p> <p>Género masculino</p>

Cuadro II. Diagnóstico diferencial del SCI
<p>Colitis microscópica</p> <p>Enfermedad celíaca</p> <p>Giardiasis</p> <p>Malabsorción de lactosa</p> <p>Esprue tropical</p> <p>Sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado</p> <p>Malabsorción de sales biliares</p> <p>Cáncer de colon</p>

Cuadro III. Criterios diagnósticos* para SCI
<p>Criterios de ROMA III</p> <p>Dolor o malestar† abdominal recurrente por lo menos 3 días al mes durante los 3 meses previos, asociado con dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejora con la defecación • Esta asociado con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones • Esta asociado con un cambio en la forma (apariencia) de las evacuaciones <p>*Los síntomas deben estar presentes al menos 3 meses en los últimos 6 meses.</p> <p>† Sensación desagradable no descrita como dolor</p> <p>Estos criterios se debe acompañar de por lo menos dos de los siguientes cuatro síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Alteraciones del hábito deposicional (esfuerzo, urgencia, evacuación incompleta) ○ Meteorismo abdominal (distensión, tensión o rigidez) ○ Los síntomas pueden empeorar con la alimentación ○ Defecación con moco

6.4. MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL SINDROME DE COLON IRRITABLE

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Dolor							
1206	Butilioscina	10-20mg/ 3-5 veces VO	10 mg /10 comprimidos	Según datos clínicos	Xerostomía, dishidrosis, taquicardia y potencial retención urinaria. En casos muy raros reacciones cutáneas.	Efecto anticolinérgico con antidepresivos tricíclicos, antihistamínico ,aumento efecto cronotrópico con agonistas beta	Embarazo y lactancia
0108	Metamizol	1g/8hrs IV	3 amp 1g /3 amp	Según datos clínicos	Rash cutáneo, urticaria, conjuntivitis, irritación de la mucosa del tracto respiratorio y ataque de asma	Disminuye la hemoconcentación de ciclosporina	Hipersensibilidad conocida a las pirazonas, porfiria hepática y deficiencia de glucosa-6 fosfato deshidrogenasa. Embarazo y lactancia

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable

0104	Paracetamol	500 mg /8hrs VO	500mg/10 tab	Según datos clínicos	Náusea, vómito, constipación, dolor abdominal y prurito	Puede aumentar la actividad de la hormona antidiurética	Hipersensibilidad a cualquiera de los componentes de su fórmula, enfermedades hepáticas, ingestión de anticoagulantes, trastornos de la coagulación y úlcera péptica activa, lactancia y embarazo
4483	Fluoxetina	20mg por la noche	20mg /14 tab.	12 meses	Cefalea, nerviosismo, insomnio, somnolencia, agitación. ataxia, apatía	Aumenta efecto con otros antidepresivos. No dar con triptófano o litio	Administrar conjuntamente con otro medicamento inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO) No administrar en menores de 14 años, lactancia y embarazo
4484	Sertralina	50mg por la noche	50mg /14 tab.	12 meses	Boca seca y aumento de la sudación, mareos y temblores, diarrea/heces blandas, dispepsia y náuseas	Inhibidores de la MAO, alcohol y depresores del sistema nervioso central, litio, fenitoína	Hipersensibilidad conocida al medicamento, en el embarazo y la lactancia, en menores de 18 años como antidepresivo. Administrar conjuntamente con otro medicamento inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO)
5487	Citalopram	20mg /24 hrs	20mg /14 tab	12 meses	Sequedad de boca, náusea, somnolencia,	Con inhibidores de la MAO puede causar	Hipersensibilidad al citalopram y administración

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable

					incrementado de la sudación, diarrea y temblores	crisis hipertensivas, no administrar junto con sumatriptán,	concomitante con IMAO, lactancia y embarazo
5481	Paroxetina	20mg/24 hrs	20mg/10 tab	12 meses	Disminución del apetito, somnolencia, insomnio. mareo, temblores	Con IMAO, triptófano, triptanos, tramadol, linezolid, antidepresivos ISRS, litio	No debe ser usado en combinación con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o tioridazina. Lactancia y embarazo
Diarrea							
4184	Loperamida	5- 10 mg/24 hrs VO	2mg/ 12 cápsulas	Según datos clínicos	Hipersensibilidad, constipación, cólicos, distensión abdominal, náuseas, vómitos, cansancio, somnolencia, mareos, boca	Su uso concomitante con analgésicos opiáceos, puede causar constipación severa	Hipersensibilidad a la loperamida, pacientes con obstrucción intestinal, constipación o atonía intestinal.

					seca y hasta erupción cutánea leve		
Depresión							
3305	Amitritilina	25 mg/24 hrs	25 mg/20 cápsulas o comprimidos	12 meses	Xerostomía, hiperpirexia, retención urinaria, dilatación del tracto urinario, constipación, visión borrosa, trastornos en la acomodación visual, midriasis	Alcohol etílico, anticolinérgicos, antitiroideos, antidepresivos IMAO, antihistamínicos, antihipertensivos, antipsicóticos, barbitúricos, carbamazepina, dextropropoxifeno, diazepam	Hipersensibilidad a los antidepresivos tricíclicos; así como, durante la administración simultánea con inhibidores de la monoaminoxidasa, ingesta de alcohol, lactancia y embarazo
3302	Imipramina	50-100 mg/24 hrs	25 mg /20 grageas	12 meses	Inquietud, confusión, alucinación, angustia, ansiedad, temblores, mareos, cefalea	Inhibidores de la MAO. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). Depresores del SNC, anticoagulante, anticolinérgicos	Hipersensibilidad a la imipramina, o sensibilidad cruzada a los antidepresivos tricíclicos del grupo de las benzodiazepinas
Estreñimiento							

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable

1271	Psyllium plantago	1-2 cucharadas / 3 veces	Env. 400g	Según datos clínicos	Reacciones alérgicas en personas sensibles. Puede presentarse diarrea, cólicos, meteorismo e irritación rectal. No administrarse a personas con fenilcetonuria	Pueden afectar la disponibilidad de los medicamentos vía oral, por ejemplo, anticoagulantes orales.	No se administre a pacientes con obstrucción intestinal o impactación fecal, dolor abdominal agudo, estenosis, náusea, vómito, sangrado rectal no diagnosticado, apendicitis
1272	Senósidos A y B	1-3 tab/24 hrs	20 tab	Según datos clínicos	Náuseas, vómito, diarrea, pérdida de la función normal del intestino cuando se usa excesivamente, dolor cólico	Se puede combinar con psyllium con o sin aceite mineral para prevenir la constipación en pacientes en riesgos o en aquellos que no la pueden tolerar debido a debilidad o enfermedad	En pacientes con desequilibrio hidroelectrolítico, apendicitis, dolor abdominal, náusea y vómito, impactación fecal y la obstrucción o perforación intestinal

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Colón Irritable

1275	Hidróxido de magnesio	15-30 ml DU	Envase con 120 ml	Según datos clínicos	En pacientes con insuficiencia renal puede causar somnolencia, palpitaciones, cambios de conducta, fatiga o debilidad Puede presentarse sabor terroso, diarrea, rara vez náuseas, vómito. cólico	Previene absorción de fosfatos, reducir la absorción de las tetraciclinas, el uso simultáneo de calcitriol e hidróxido de magnesio puede dar como resultado hipermagnesemia	Pacientes que cursen con insuficiencia renal severa, obstrucción intestinal, signos o síntomas de apendicitis, sangrado gastrointestinal o rectal y pacientes con hipersensibilidad a los componentes de la fórmula.
------	-----------------------	-------------	-------------------	----------------------	---	---	--

7. BIBLIOGRAFÍA

1. CIE-10. Clasificación Internacional de enfermedades, 10ª edición. OMS.
2. Clinical practice guideline. Irritable bowel syndrome in adults: Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. National Institute for health and clinical excellence. National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care. London, 2008, 554 pp.
3. Cuadro básico de medicamentos. IMSS. 2008.
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:2420-2425
5. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107:377-382.
6. Guía de práctica clínica. Síndrome de Intestino Irritable. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre el síndrome del intestino irritable. Manejo del paciente con síndrome del intestino irritable. Barcelona: Asociación española de gastroenterología, Sociedad española de familia y comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, 2005. 93 pp.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 1993; 270 (17); 2096-2097
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
9. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:740-743
10. Medical Disability Advisor. MDA-5. Guía electrónica de prescripción de incapacidades. 2005.
11. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ 1996;312:71-72

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE MN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO MN S. XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Jefe de Área
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	
Dr. Antonio Barrera Cruz	
Dra. Aidé María Sandoval Mex	
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadores de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	
Dr. Carlos Martínez Murillo	
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionadas a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

C.P. José Antonio García Aguirre
Delegado Estatal, Delegación Chihuahua, Ciudad Juárez Chihuahua

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simón Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico