

PATOLOGÍAS DIGESTIVAS FUNCIONALES



P. 30 TRASTORNOS FUNCIONALES GASTRODUODENALES

P. 30 DISPEPSIA FUNCIONAL

P. 43 TRASTORNOS FUNCIONALES INTESTINALES

P. 43 CONSTIPACIÓN FUNCIONAL

P. 57 DIARREA FUNCIONAL

P. 64 SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Se abordan en este capítulo las patologías funcionales gastroduodenales (dispepsia) y los intestinales (constipación, diarrea funcional y síndrome de intestino irritable).

TRASTORNOS FUNCIONALES GASTRODUODENALES

1. Dispepsia

1.1 Definición, diagnóstico y clasificación

La dispepsia ha sido definida como dolor o malestar abdominal persistente o recurrente localizado en el hemiabdomen superior.

La dispepsia funcional no responde a alteraciones estructurales que se puedan identificar. Su definición incluye la concomitancia de síntomas característicos, duración de al menos 6 meses y haber descartado causa orgánica.

Se subclasifica en síndrome de distress postprandial y síndrome de dolor epigástrico. En el cuadro 1 se define la dispepsia funcional y en los cuadros 2 y 3 la sub-clasificación de acuerdo a los criterios Roma III.

DISPEPSIA FUNCIONAL

Criterios Diagnósticos ROMA III

SÍNTOMAS+CRONICIDAD+ESTUDIOS NORMALES

Debe incluir 1 o más de los siguientes **síntomas**:

- Pesadez postprandial
- Saciedad precoz
- Dolor epigástrico
- Ardor epigástrico

Ausencia de evidencia de enfermedad estructural (previa realización de endoscopia alta)

Estos criterios deben haberse cumplido en los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

SÍNDROME DE DISTRESS POSTPRANDIAL

Criterios Diagnósticos ROMA III

Incluye uno o ambos de los siguientes síntomas:

- Sensación de plenitud postprandial que ocurre después de comidas de volumen normal, al menos varias veces por semana.
 -
- Sensación de plenitud precoz que impide la terminación de una comida normal, al menos varias veces por semana.

Estos criterios deben haberse cumplido en los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Cuadro 2.

GASTROENTEROLOGY 2006;130:1466-1479

SÍNDROME DE DOLOR EPIGÁSTRICO

Criterios Diagnósticos ROMA III

Incluye todos los siguientes síntomas:

- Dolor o ardor localizado en el epigastrio, de al menos moderada severidad, al menos una vez por semana.
- Dolor intermitente:
 - No se generaliza o se localiza en otra región abdominal o torácica.
 - No alivia con la defecación.
 - No cumple con los criterios diagnósticos para los trastornos funcionales de la vesícula biliar o disfunción del esfínter de Oddi.

Estos criterios deben haberse cumplido en los últimos 3 meses y los síntomas haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico.

Cuadro 3.

GASTROENTEROLOGY 2006;130:1466-1479

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con las enfermedades orgánicas. La dispepsia orgánica obedece a una enfermedad estructural; una vez curada ésta, los síntomas desaparecen. Se incluye en la misma una prueba positiva para *Helicobacter pylori* (HP). El clínico debe orientarse a este tipo de dispepsia ante los denominados síntomas o signos de alarma, que incluyen: ser mayor de 40 años, inicio reciente, síntomas que persisten sin cambios o se intensifican, anorexia, repercusión general, anemia o hemorragia digestiva.

1.2 Conceptos sobre tratamiento médico

El tratamiento de pacientes con dispepsia funcional es controversial y contrasta con la terapia de enfermedades orgánicas.

El objetivo terapéutico es apoyar a los pacientes y tratar los síntomas.

Es de gran importancia una buena relación con el equipo tratante, explicar al paciente la naturaleza de los síntomas, evaluar y encarar aspectos psicosociales y brindar consejo nutricional. Debe investigarse la presencia de factores contribuyentes a los síntomas como la ingesta de AINE o tabaquismo, entre otros.

La elección del tratamiento farmacológico puede depender del subgrupo de dispepsia, aunque no hay consenso en esta afirmación. Parece razonable sugerir que la máxima respuesta a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) se obtiene en el subgrupo de dispepsia con dolor epigástrico, así como la respuesta a los proquinéticos se ve en el grupo de dispepsia con distress postprandial. Cuando hay superposición de ambos tipos de dispepsia parece razonable iniciar tratamiento con IBP.

Cuando los pacientes no responden a los IBP, se puede plantear el uso de antidepressivos tricíclicos. Cuando no hay respuesta a los proquinéticos se aconseja el uso de antiespasmódicos (buspirona). La terapia psicológica podría ser de utilidad para mejorar síntomas.

Igualmente se recomienda la búsqueda y tratamiento de la infección por HP no habiendo evidencia uniforme en cuanto a la mejoría de síntomas.

Se está investigando el uso de analgésicos viscerales con antagonistas de los receptores de serotonina, octeotride y fedotozine (agonista receptor opioide kappa).

FÁRMACOS UTILIZADOS

INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

- Esomeprazol
- Lansoprazol
- Omeprazol
- Pantoprazol
- Rabeprazol

PROQUINÉTICOS

- Domperidona
- Metoclopramida
- Cinitapride
- Cisapride
- Mosapride

1.3 Abordaje nutricional

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL SON:

- Facilitar el proceso digestivo.
- Contribuir a una evacuación normal.
- Contribuir a reducir el dolor o el ardor epigástrico, si están presentes.
- Favorecer cambios en la conducta que mejoren la sintomatología.

A estos objetivos, puede agregarse mantener o recuperar el estado nutricional. No es frecuente la repercusión nutricional, a pesar de que los síntomas característicos suelen provocar modificación de la ingesta.

PARA ENCARAR LAS RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ES IMPORTANTE OBSERVAR:

Tratamiento farmacológico propuesto: el apoyo farmacológico puede variar la respuesta a los síntomas y facilitar un plan de alimentación más amplio.

Modificaciones de la ingesta en el último período: puede existir saciedad precoz aún con volúmenes normales, dolor que impida terminar un tiempo de comida y exclusión de alimentos. Es muy importante identificar la tolerancia actual y la asociación ingesta-síntomas; probablemente el paciente identifique los alimentos que agravan las molestias digestivas.

Características del consumo habitual: como en otras patologías digestivas, interesa jerarquizar el número de comidas (detectar ayunos prolongados), conocer el volumen de las mismas (reducido, normal o aumentado), las formas de preparación, intolerancias y rechazos. Corresponde interrogar especialmente

sobre el consumo de alcohol y cafeína (café, mate) y enfatizar el interrogatorio sobre las comidas compradas buscando factores dietéticos agresores. Asimismo, interesa el tiempo destinado a las ingestas y a la masticación; suele tratarse de pacientes que realizan comidas con apuro, con insuficiente masticación y consumo simultáneo y excesivo de líquidos.

Voluntad de cambio o resistencias: la detección y corrección de hábitos alimentarios mejora los síntomas y favorece la adherencia al tratamiento.

Tránsito intestinal: si asocia constipación, distensión o flatulencia ajustar pautas de tratamiento.

Se debe profundizar la anamnesis nutricional en los factores dietéticos vinculados y tomar esta información como base para proyectar la terapéutica (ver importancia de la anamnesis nutricional en capítulo 1).

LOS FUNDAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DIETÉTICO SON LOS SIGUIENTES:

Reducir el volumen para evitar la distensión gástrica: se controla el volumen total por tiempo de comida: suele ser necesario completar con colaciones, pero difícilmente deba recurrirse a complementos nutricionales. Se enfatiza la exclusión de líquidos durante las ingestas principales. Se recomienda facilitar la pérdida de gas de aguas o refrescos comunes.

Controlar los alimentos que enlentecen la evacuación gástrica: se reducen las grasas totales y se indican alimentos proteicos de fácil digestión. Debe controlarse el agregado de azúcar para evitar la hiperosmolaridad (y no incluirla cuando esté contraindicado por obesidad o patologías asociadas). Se evitan las temperaturas calientes y la consistencia dura.

Excluir alimentos vinculados con el dolor y ardor: se descartan infusiones de mate y café; alcohol; cítricos y bebidas de pH bajo; especies picantes, particularmente pimienta; frituras y alimentos calientes. El tomate, especialmente cocido, suele provocar molestias. Deben evitarse suplementos de hierro y potasio.

Si bien no existe una “dosis-respuesta” definida, cabe destacar que no siempre son los excesos de estos alimentos-nutrientes los que se vinculan con los síntomas. En algunas situaciones, se presentan aún con modificaciones dietéticas estrictas, o por el contrario no hay asociación consumo-respuesta. Sin duda, una recomendación centrada en el concepto de moderación o dirigida a no sumar aspectos nutricionales adversos a la patología en un mismo tiempo de comida, puede ser de utilidad.

Aunque no se trata de una medida dietética, se destaca la importancia del tra-



En inhibidores de la
bomba de protones,
usted tiene la posibilidad
de recetar con confianza.

Porque no todos los
medicamentos logran el
mismo resultado...
**En IBP recete la marca,
elija certeza.**



LANZOPRAL®

MARCA LA DIFERENCIA



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

50 años

tamiento de la conducta y el apoyo emocional para manejar la reacción a las tensiones cotidianas. Recomendar comer despacio y en ambientes favorables, puede ser central para mejorar la tolerancia y síntomas.

DE ACUERDO A LO PLANTEADO, LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA SON:

Volumen disminuido – fraccionamiento aumentado.

Consistencia a predominio blanda.

Temperaturas no extremas. Evitar especialmente temperaturas calientes por retraso en la evacuación.

Sabor y aroma suaves, excluir condimentos picantes.

Ácidos orgánicos reducidos si se vinculan con síntomas de ardor epigástrico. La fórmula calórica no requiere modificaciones; el porcentaje de grasas corresponde al de una dieta normal, vigilando su distribución a lo largo del día (evitando concentrarlas en algún tiempo de comida).

La selección de alimentos corresponde a la de una dieta de protección gástrica, adecuándola según comorbilidades, momento evolutivo y tolerancia.

Es de utilidad la prueba terapéutica de excluir alimentos y observar modificaciones en la sintomatología, acotando el período de prueba y brindando al paciente la noción de que se trata de un período de transición.

Las últimas recomendaciones de Roma III destacan que poco se conoce acerca de la influencia de la ingesta de nutrientes y la etiología de la dispepsia funcional, reforzando el concepto de la falta de evidencia vinculada al manejo dietético de las afecciones digestivas funcionales. Reconocen que el cese del consumo de café y alcohol es comúnmente recomendado, pero no hay evidencia convincente de su eficacia.

ALGUNOS ASPECTOS PRÁCTICOS SON:

Estrategias para reducir volumen por tiempo de comida:	Si en ese escaso volumen se debiera vehicular un aporte calórico importante:
Evitar beber abundantes líquidos con las comidas. No incluir sopas ni caldos. Evitar bebidas con gas.	Priorizar en el plato el grupo de mayor aporte calórico (cereales, tubérculos). Enfatizar el agregado de aceite (sin sobrepasar 1 cucharada por tiempo de comida).

<p>Aumentar el fraccionamiento del plan: 4 comidas más colaciones</p>	<p>No apostar a concentrar calorías con azúcares refinados (azúcar, dulces). No son contraindicados pero en exceso agravan sintomatología.</p> <p>En situaciones puntuales, puede ser necesario recurrir a un complemento nutricional.</p>
<p>Cuando los tiempos de comida se hacen fuera de casa:</p>	<p>Si el estado nutricional es normal y no se busca repleción nutricional:</p>
<p>Frente al riesgo de una inadecuada masticación o de una comida que se consuma apurada: preferir preparaciones de consistencia blanda y fácil digestión. Reservar consumo de proteínas (carnes) para las comidas en casa. Dar recursos de preparaciones compradas para las colaciones.</p>	<p>Servir un plato con todos los grupos de alimentos y recomendar consumir un poco de cada grupo, para obtener un tiempo de comida con equilibrio nutricional.</p>

ES OPORTUNO TENER PRESENTES LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

- Comer con lentitud, masticar muy bien los alimentos.
- Controlar los excesos de comida o bebidas.
- Cumplir 4 a 6 comidas diarias; no deben haber ayunos prolongados ni sobrecargas en una única ingesta.
- Evitar la sumatoria de alimentos o sustancias “discutibles” en un mismo tiempo de comida.
- Facilitar la pérdida de gas de los líquidos y consumirlos separados de las comidas principales.
- Dado que la tolerancia es muy variable y la respuesta completamente individual, observar si el consumo de alimentos se vincula con los síntomas.

AL MOMENTO DE LOS CONTROLES:

- Monitorear tolerancia.
- Identificar si utiliza todos los alimentos indicados o graduar su incorporación.
- Chequear el nivel de comprensión del plan de alimentación o de las recomendaciones iniciales.
- Interrogar sobre apetito, tránsito intestinal, dificultades frecuentes.
- Inducir a que sean comentados los “errores” habituales y reflexionar sobre sus efectos.
- Pesarse al paciente y observar cambios; se espera el mantenimiento del peso, salvo se haya realizado una maniobra calórica para su ajuste.
- Reforzar las principales características del plan.

LA DIETA DE PROTECCIÓN GÁSTRICA, INCLUYE BÁSICAMENTE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS:

Tal como se mencionó en el capítulo 1, cuando es necesaria una dieta de protección gástrica estricta por tratarse de un paciente muy sintomático, se seleccionan sólo los alimentos ideales. Si por el contrario está poco sintomático o no existe asociación consumo-síntoma, puede ampliarse la selección de alimentos.

LÁCTEOS

IDEAL	POSIBLE	SE DESACONSEJA
Leche sola o con té claro. Leche entera o descremada dependiendo del volumen. Integrada a preparaciones como salsa blanca o crema de vainilla o flan instantáneo con poco azúcar y sin caramelo. Queso magro, de untar descremado o ricotta.	Leche con café de cebada o descafeinado. Quesos cuartirolo, danbo o muzzarella. Queso rallado para condimentar. Yogur natural o de frutas (de preferencia durazno o vainilla).	Leche con café común concentrado o con cocoa. Otros quesos (de mayor tenor graso o maduración).

PANES Y GALLETAS

IDEAL

Galletas o panes sin grasa: pan ligeramente dorado (desechado al horno), galletas marinas, grissines, galletitas de bajo tenor graso.

POSIBLE

Tostadas empaquetadas.
Galletitas dulces tipo María, plantillas, merenguitos pequeños.

SE DESACONSEJA

Pan y galletitas de tipo integral (alternar su uso con los panes y galletas indicados como ideales). Preparaciones con manteca, grasa o excesiva cantidad de huevo o yemas.
Galletitas dulces, especialmente las rellenas.

CARNES

IDEAL

Porciones pequeñas de: pechuga de pollo sin piel o carne vacuna magra (pulpas desgrasadas) jamón o paleta.

Pescados magros: merluza, cazón, pescadilla.

Se aconseja alternar entre las distintas carnes. Las blancas son más fáciles de digerir. Preparar al horno, al spiedo, a la parrilla, hervidas u otras formas que no incluyan las frituras. Descartar las partes tostadas.

POSIBLE

Milanesas al horno, hamburguesas de carne magra, carne al horno sin condimentos picantes.

SE DESACONSEJA

Carnes grasas, fiambres comunes, frankfurters.

VERDURAS

IDEAL	POSIBLE	SE DESACONSEJA
<p>Calabaza, zapallo, zapallitos o zucchinis tiernos sin semillas, zanahorias, remolachas.</p>	<p>Chauchas tiernas. Espinaca o acelga sin tallos, hervidas y picadas. Pulpa de tomates sin semilla, para salsa dietética: preparada con cebolla rallada, condimentos permitidos y agregado de aceite al finalizar la cocción. Zanahoria cruda rallada y lechuga hojas tiernas y bien trozadas. Tomate crudo sin semillas, trozado y bien masticado. Papa en cantidad controlada, combinada en purés con las otras verduras permitidas, o preparadas al horno con poco aceite. Choclo en pequeña cantidad, bien tierno y hervido. Sopa Juliana bien picada o sopa licuada, eligiendo verduras indicadas.</p>	<p>Cualquiera de las anteriores si provocan molestias, y otras no sugeridas.</p>

HUEVOS		
IDEAL	POSIBLE	SE DESACONSEJA
<p>Pueden usarse libremente las claras, se permite el uso de 2 o 3 yemas en la semana. Facilitan para la elaboración de budines, soufflés, tortillas al horno u otras preparaciones con las verduras y otros ingredientes permitidos.</p>		
CEREALES		
IDEAL	POSIBLE	SE DESACONSEJA
<p>Arroz, polenta, pasta sin relleno (tallarines, moñas o tirabuzones), raviolos de ricotta o calabaza, harinas en general.</p> <p>Fideos para sopa con caldo de verduras. Condimentar con aceite y queso o con salsas dietéticas.</p>	<p>Ñoquis o pastas caseras con los ingredientes permitidos.</p> <p>Masas elaboradas con harina, aceite y leche o agua, para tartas o tortas con ingredientes aconsejados.</p>	<p>Pastas rellenas, fideos gruesos de difícil cocción.</p>



Silán
compuesto

Asociación de enzimas digestivas y antiflatulentos

- Elimina la pesadez
- Agilita la digestión
- Rápida mejoría
- Sin contraindicaciones
- Previene formación de gases

FRUTAS

IDEAL	POSIBLE	SE DESACONSEJA
<p>Compotas de manzana, manzana rallada, manzanas al horno sin la cáscara, banana pisada.</p> <p>Gelatinas combinadas con las frutas anteriores.</p>	<p>Duraznos en compota o almíbar (no utilizar el almíbar), compota de peras.</p> <p>Manzanas, duraznos o peras: crudos y sin cáscara.</p> <p>Jugo de naranja colado y diluido con partes iguales con agua (usar sólo si no hay sintomatología).</p> <p>Mandarinas quitando los hollejos.</p> <p>Pueden prepararse en licuados o ensalada de frutas.</p>	<p>Otras frutas o cualquiera de las anteriores, si no son bien toleradas.</p>

BEBIDAS PERMITIDAS

Aguas minerales, eventualmente refrescos tipo lima-limón (facilitar la pérdida de gas).

Agua de frutas o jugos envasados de manzanas, duraznos o peras (controlar azúcar o diluir).

CONDIMENTOS PERMITIDOS

Orégano, perejil, tomillo, romero, cebolla licuada, azafrán, laurel, gotas de vinagre o limón. Sal controlada.

ACEITES

Agregar aceite crudo, salvo cuando se use para untar recipientes. Puede reemplazarse por cantidades muy controladas de mayonesas comerciales.

AZÚCAR Y DULCES

Endulzar con precaución: 1 o 2 cucharitas de azúcar por taza. Jaleas o mermeladas sin cáscaras para untar.

Seguir la guía planteada en el Capítulo 1, para la presentación del plan de alimentación, educación nutricional, monitoreo y evaluación.

TRASTORNOS FUNCIONALES INTESTINALES

1. Constipación funcional

1.1 Definición y diagnóstico

El estreñimiento o constipación es un problema crónico a nivel mundial. A pesar de la amplia variabilidad en el uso del término, tiene una frecuencia elevada que oscila entre 1 al 20%. La prevalencia en nuestro medio se analiza en el capítulo 1.

Se define estreñimiento funcional a los síntomas caracterizados por dificultad en la defecación, o sensación de evacuación incompleta y/o movimientos intestinales infrecuentes, en ausencia de síntomas de alarma o causas secundarias.

ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Criterios Diagnósticos ROMA III

Criterios generales

- Presencia durante por lo menos 3 meses, durante un período de 6 meses
- Por lo menos una de cada cuatro defecaciones cumplen con criterios específicos
- Criterios insuficientes para síndrome de intestino irritable (SII)
- Las deposiciones rara vez presentan disminución de la consistencia

Criterios específicos: dos o más presentes

- Esfuerzo para defecar
- Materias fecales grumosas o duras
- Sensación de evacuación incompleta
- Sensación de bloqueo u obstrucción anorrectal
- El individuo recurre a maniobras manuales o digitales para facilitar la defecación
- Menos de tres defecaciones por semana

La historia médica y el examen físico en los pacientes con estreñimiento deberían enfocarse hacia la identificación de las posibles condiciones causales y síntomas de alarma.

Síntomas o situaciones de alarma

- Cambios en el calibre de las heces
- Heces hem positivas
- Anemia ferropénica
- Síntomas obstructivos

- Pacientes mayores de 50 años no sometidos a tamizaje previo para cáncer de colon
- Estreñimiento de reciente instalación
- Sangrado rectal
- Prolapso rectal
- Adelgazamiento

El estreñimiento funcional puede tener diferentes causas subyacentes que van desde modificaciones del estilo de vida, cambios en la dieta o actividad física, disfunciones motoras primarias por miopatía, neuropatía colónica o trastornos de la evacuación secundarios a una disfunción de la defecación adquirida.

Fisiopatología del estreñimiento funcional

Subtipo fisiopatológico	Característica principal, en ausencia de síntomas de alarma o causas secundarias
1) Estreñimiento por tránsito lento <ul style="list-style-type: none"> • Inercia colónica • Hiperreactividad colónica 	Tránsito lento de las heces por el colon por: <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la actividad colónica • Aumento, o descoordinación de la actividad colónica
2) Trastorno de la evacuación	El tránsito colónico puede ser normal o prolongado pero hay una evacuación inadecuada o difícil de las heces al recto
3) Síndrome de intestino irritable (SII) con predominio del estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal, distensión, hábito intestinal alterado • Puede aparecer en combinación con 1 o 2

Tabla 1.

Sólo está indicado realizar estudios de laboratorio, imagenología y pruebas funcionales en los pacientes que presenten estreñimiento crónico severo o síntomas de alarma. Se destacan entre ellos endoscopía colónica, estudio de tiempo de tránsito, manometría ano-rectal, prueba de expulsión de balón, hemograma, calcemia, función tiroidea, glucosa, hemograma.

En la tabla 1 se analizan las categorías de estreñimiento de acuerdo a la fisiopatología y manifestaciones clínicas.

1.2 Conceptos sobre tratamiento médico

La mayoría de los casos mejora al implementarse un tratamiento médico con el fin de mejorar los síntomas. Se recomiendan modificaciones en el estilo de vida, con reducción de la medicación asociada que pueda tener efectos secundarios, aumento de fibra u otros agentes formadores de volumen (incorporados a la alimentación o como suplementos) y aumento de la ingesta de líquidos. De no lograrse el objetivo se agregan laxantes osmóticos, siendo el tercer paso el uso de laxantes estimulantes de la actividad motora; enemas y fármacos proquinéticos.

Modalidades de tratamiento usados comúnmente para el estreñimiento	Nivel de recomendación y grado de evidencia
Laxantes osmóticos Metilcelulosa Polietilenglicol Lactulosa	Nivel III, grado C Nivel I, grado A Nivel II, grado B
Agentes humidificantes Dioctil sultosuccinado	Nivel III, grado C
Laxantes estimulantes Bisacodil / picosulfato de sodio Senna	Nivel II, grado B* Nivel III, grado C
Otros Prucaloprida Lubiprostona Terapia de biofeedback para trastornos de la evacuación Lonaclotida Cirugía para inercia colónica severa	Nivel I, grado A* Nivel I, grado A* Nivel I, grado A Nivel II, grado B* Nivel II, grado B

Guía mundial de la OMGE. Estreñimiento

* Adaptado por el actual equipo de revisión de las guías de estreñimiento.

Sertal[®]



Compuesto

Sertal[®]

Contundente contra
el espasmo



Dorixina[®]

Contundente contra
el dolor



ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA

50 años

Modalidades de tratamiento usados comúnmente para el estreñimiento	Nivel de recomendación y grado de evidencia
Agentes de volumen Psilio Policarbófilo cálcico Salvado	Nivel II, grado B Nivel III, grado C Nivel III, grado C

Resumen: base de evidencia para el tratamiento del estreñimiento (adaptado de Rao SS, Gastrointest Endosc Clin N Am 2009; 19:117-39)

1.3 Aspectos nutricionales

Los objetivos del tratamiento nutricional del estreñimiento funcional son:

- Mejorar el tránsito intestinal, favoreciendo la defecación regular
- Facilitar la formación de heces de consistencia normal
- Lograr un incremento progresivo del aporte de fibra sin provocar distensión
- Favorecer cambios de conducta que mejoren la evacuación

Igual que en otras patologías funcionales, estudios relacionados con medidas generales “clásicas” en la terapéutica, como aumento de líquidos, ejercicio, dieta y educación en relación al reflejo condicionado corresponden en su mayoría a niveles de evidencia IV (derivados de opiniones de expertos), lo que quita fuerza a las mismas. Sin embargo, las guías de tratamiento vinculadas al tema plantean que la terapia farmacológica no es recomendable hasta que las medidas generales y dietéticas sean agotadas.

En la práctica diaria, se observa un efecto adicional al aplicar un modelo dietético integrado, que excede el efecto de cada nutriente o característica de la dieta en particular y beneficia asimismo la salud global.

Una vez confirmado que se trata de una constipación funcional (descartadas lesiones colónicas y ano rectales, enfermedades neurológicas u otras causas orgánicas, así como fármacos cuyo efecto secundario sea el estreñimiento), al encarar la anamnesis importa investigar:

Dificultades vinculadas al estilo de vida: observar lugar y horarios de las comidas y posibilidad real de atender el reflejo defecatorio (para generar un hábito regular).

Factores ambientales: dieta pobre en fibra, escaso volumen de comida o mal fraccionada, represión del acto defecatorio, sedentarismo, cambios en la rutina diaria.

Uso de medicación: observar si el tratamiento dietético está acompañado por

el uso de fármacos.

Presencia de estímulos intestinales “clásicos” y “alternativos”: chequear la frecuencia de consumo y calidad de la ingesta vinculada al uso de alimentos fuente de fibra y consumo de líquidos. Observar ingesta de grasas, ya que por ser estímulo de la secreción biliar también son estímulo del peristaltismo. Es frecuente el uso de semillas de lino o de otras semillas, así como la incorporación de salvado de trigo o de avena a múltiples preparaciones como recursos para mejorar el síntoma. Observar grado de efectividad y tolerancia actual para decidir si mantenerlos en el plan.

Cambios recientes en la alimentación: interrogar sobre reducción del volumen de las comidas o de su frecuencia, o disminución del contenido graso, de fibras o de líquidos. Estos cambios pueden ser involuntarios, provocados por nuevas rutinas, variaciones en la disponibilidad, stress u otros, causando estreñimiento aún en sujetos con hábitos previos saludables. También suele verse alterado el tránsito intestinal entre quienes inician restricciones dietéticas.

Consumo de alimentos astringentes: advertir el uso excesivo de quesos, arroz y harina de maíz. Su presencia promueve la formación de materias más compactas.

Hábito de consumo de lácteos: la lactosa no constituye un estímulo intestinal en sí mismo, salvo frente a situaciones de deficiencia de lactasa, en las cuales este disacárido no es desdoblado. Si no hay consumo previo por falta de hábito, valorar su introducción gradual para que no constituya un factor de confusión.

Aceptabilidad de alimentos estimulantes: investigar la capacidad del paciente para incorporar o incrementar los alimentos capaces de estimular el tránsito en forma más potente.

Estado nutricional: identificar situación nutricional. La valoración del estado nutricional es básica para continuar con el proceso de atención.

Actividad física: debe fomentarse pues mejora el peristaltismo, la fuerza propulsora de los músculos del abdomen y la relajación de los de la pelvis durante el acto defecatorio.

Nivel de motivación frente a la modificación de hábitos y voluntad de cambio: por tratarse de una condición crónica, frecuentemente se apela a lo mágico y se encuentran resistencias para sostener lo “básico” en la dieta. Los beneficios percibidos por el paciente frente a la propuesta nutricional, actúan como estímulo para mantener los cambios en el tiempo.

Ubicarse en la ingesta previa del paciente posibilita ir introduciendo los estímulos intestinales en forma gradual y minimizar la posibilidad de efectos adversos.

Las medidas dietéticas a implementar van dirigidas a: estimular el reflejo gastrocolónico, facilitar el deslizamiento de las heces y potenciar estímulos.

LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA SON:

Volumen aumentado – a expensas de fibra y líquidos.

Fraccionamiento aumentado y colación preferentemente en ayunas.

Temperaturas a predominio frías.

Ácidos orgánicos aumentados.

Fibra aumentada: el Consenso Latinoamericano de Estreñimiento Crónico recomienda incrementar la fibra de la dieta a 25-30 g/día en pacientes sin evidencia clínica de inercia colónica o estreñimiento obstructivo (Recomendación Grado C). Las guías de la Organización Mundial de Gastroenterología (OMGE) proponen alcanzar 25 g/día. Cantidades inferiores pueden mejorar la situación, si significan un sensible incremento en relación a la ingesta anterior.

En cualquier caso el incremento se realiza en forma gradual para garantizar la adaptación intestinal. Se promueve la inclusión de fibra insoluble para incrementar el bolo fecal, no obstante la fibra soluble también mejora en la medida que es utilizada por la flora bacteriana.

Líquidos aumentados: 2- 3 litros diarios, agregados a los que habitualmente se consumen en las comidas principales.

El aumento de la ingesta de líquidos es una intervención de bajo costo y sin aparentes efectos colaterales, utilizada tradicionalmente.

Se elige agua o caldos de frutas (de orejones de ciruelas efecto estimulante adicional), eventualmente mate u otras infusiones. Se prefieren sin azúcar para evitar el exceso calórico, a temperatura fría para estimular el peristaltismo y sin gas para prevenir la distensión por su uso abundante.

Lubricantes naturales: el aceite estimula la secreción biliar, aumentando el peristaltismo. Si el estado nutricional es normal, se aconseja aumentar las grasas totales hasta un 30% del valor calórico.

Uso de probióticos y prebióticos: tema desarrollado en el Capítulo 4.

Aumento de ácidos orgánicos: contenidos en la mayoría de las frutas y verduras. Estimulan la secreción biliar y a través de ésta el peristaltismo intestinal.

Endial digest

UNA FÓRMULA DISEÑADA PARA EL MEJOR CONTROL DE LOS SÍNTOMAS DISPÉPTICOS



Cinitaprida 1 mg

MODULA LA FUNCIÓN MOTORA DEL APARATO DIGESTIVO



Pancreatina 200 mg

COMPLEMENTO ENZIMÁTICO QUE ASEGURA LA CORRECTA DIGESTIÓN DE HIDRATOS DE CARBONO, PROTEÍNAS Y GRASAS



Simeticona 200 mg

LA CONCENTRACIÓN IDEAL PARA LA RESOLUCIÓN DEL METEORISMO




ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA
50 años

Distribución de las comidas: se aconsejan 4 comidas básicas y 2 colaciones, promoviéndose el agregado de una colación en ayunas que estimule el reflejo gastro-duodeno-yeyuno-colónico. Se selecciona una preparación de máximo estímulo como jugos de fruta fríos con agregado de miel u orejones de fruta en compotas o al natural.

Las temperaturas frías y en ayunas, producen a través de un pasaje rápido al duodeno, un aumento del peristaltismo.

Valorar la inclusión de fermentecibles: para evitar mayores molestias asociadas al tránsito lento, evitar fermentecibles si no se logra movilizar regularmente.

EN RELACIÓN A LA SELECCIÓN DE ALIMENTOS:

Se seleccionan los alimentos que integran un plan de alimentación normal, enfatizando el uso de estimulantes del funcionamiento intestinal.

Verduras y frutas: se aconseja el uso variado y sistemático de los distintos alimentos que conforman el grupo. Son de preferencia los de mayor contenido en fibras (ver cuadro de composición) y/o aquellos ricos en ácidos orgánicos.

Se prefiere mantener la cáscara de las frutas cuando sea posible, haciendo un buen lavado de las misma, manteniendo un rato bajo el chorro de agua (agrotóxicos) y se promueven los cítricos por la presencia de ácidos estimulantes. Algunas frutas contienen sorbitol, un polialcohol también utilizado como aditivo en la industria alimentaria, que no se absorbe con igual eficiencia que otros carbohidratos, aumentando el contenido en agua de las deposiciones.

Las frutas en orejones son de gran utilidad para incrementar la fibra total; pueden integrar las colaciones habitualmente indicadas.

Las verduras señalizadas como fermentecibles (ver cuadros en ésta sección), pueden limitarse a pesar de aportar abundantes fibras, cuando no se logra un tránsito intestinal regular.

Aceites: se indica el agregado abundante de aceite crudo a las diferentes preparaciones.

Productos integrales y leguminosas: contribuyen en gran medida al incremento de la fibra total. Se prefieren los panes integrales o multicereal, los cereales de desayuno adicionados con fibra, así como la inclusión de lentejas, porotos o garbanzos en preparaciones de uso frecuente (considerar que son fermentecibles). En ocasiones se adiciona salvado de trigo como suplemento.

Es importante recordar que la fibra insoluble (como el salvado de trigo) interfiere con la absorción de calcio, hierro y otros micronutrientes, por lo que hay que ser cautos al seleccionar la forma en la que se introducen y el tiempo de comida.

Bioyogures o yogures comunes: alternar con la leche o reemplazarla (ver sus efectos en el cap 4).

Miel: suele promoverse su uso como edulcorante natural para agregar a los líquidos o reemplazando dulces o mermeladas. Contiene prebióticos en forma natural. De ser posible, incluirla como parte de los azúcares refinados permitidos.

Algunos aspectos prácticos son: recordar la composición en fibra de diversos alimentos estimulantes e identificar fermentecibles.

Alimentos	Soluble	Insoluble	Total
Durazno, orejón de	S/D	S/D	10,2
Higo, orejón de	1,9	7,7	9,6
Ciruela, orejón de	4,9	4,1	9
Damasco, orejón de	4,3	3,7	8
Uvas pasas de	1,6	3,8	5,4
Kiwi	1,5	2,4	3,9
Manzana	0,9	1,4	2,3
Naranja	1,3	0,9	2,2
Higo	1,21	0,83	2,04
Banana	0,6	1,4	2
Frutillas	0,5	1,5	2
Ciruela	0,85	0,85	1,7
Durazno	0,88	0,8	1,68
Uva	0,42	1,2	1,62
Ananá	0,5	0,9	1,4
Pelones	0,6	0,6	1,2
Melón	0,29	0,69	0,98
Pomelo	0,3	0,28	0,58
Mandarinas	0,2	0,2	0,4
Sandía	0,12	0,12	0,24
Jugo de naranja	0,1	0	0,1

Tabla 1. Contenido en fibra de frutas de uso frecuente: gramos/100 g porción comestible cruda, ordenados en forma decreciente

Adaptado de: Mazzei M, Puchulu M, Roxhaix M. Tabla de composición química de alimentos. CENEXA. 1995.

Alimentos	Soluble	Insoluble	Total
Alcaucil	S/D	S/D	10,79
Maíz grano entero	2,3	6,9	9,2
Batata*	4,4	3,4	7,8
Repollitos de Bruselas*	S/D	S/D	4,4
Arveja fresca con vaina*	0,26	3,99	4,25
Repollo verde*	S/D	S/D	4,2
Repollo colorado crudo*	1,8	2	3,8
Zanahoria	1,51	1,92	3,43
Cebolla	0,91	2,14	3,05
Brócoli*	1,3	1,7	3
Coliflor*	0,49	2,43	2,94
Remolacha	0,48	2,05	2,53
Papa*	0,61	1,9	2,51
Puerro*	0,52	1,75	2,27
Escarola cruda	0,9	1,1	2
Pimiento verde	0,27	1,7	1,97
Repollo blanco crudo*	0,6	1,3	1,9
Espinaca	0,53	1,31	1,84
Tomate	0,14	1,69	1,83
Lechuga	0,15	1,37	1,52
Rabanitos	0,19	1,31	1,5
Berro	0,66	0,81	1,47
Espárrago	0,14	1,33	1,47
Berenjena	0,9	1,28	1,37
Zucchini	0,26	0,82	1,08
Pepinos	0,12	0,81	0,93
Zapallo	0,03	0,75	0,78

Tabla 2. Contenido en fibra de verduras de uso frecuente: gramos/100 g porción comestible cruda. * Los alimentos pueden resultar fermentecibles.

Alimentos	Soluble	Insoluble	Total
Poroto de manteca seco*	6,3	9,7	16
Poroto soja, seco*	6,8	8,9	15,7
Garbanzos secos*	3,3	7,4	10,7
Lenteja*	3,9	6,7	10,6
Pan de harina integral de trigo	1,57	5,95	7,52
Pan de centeno y trigo con salvado	2,56	4,8	7,36
Pan de graham	1,3	5,1	6,4
Pan de centeno y trigo	2,41	3,79	6,2
Pan de centeno	2,2	3,3	5,5
Pan de harina de trigo (pan blanco)	1,67	1,79	3,46
Avena	1,39	1,83	3,22
Arroz Integral	1,48	1,39	2,87
Arroz pulido	0,87	0,52	1,39

Tabla 3. Contenido en fibra de leguminosas y cereales: gramos/100 g porción comestible cruda. * Los alimentos pueden resultar fermentecibles.

Alimentos	Soluble	Insoluble	Total
Salvado de trigo	2,05	40,3	42,4
Semilla de lino	19,9	18,7	38,6
Germen de trigo	6,09	18,63	24,72
Sésamo	3,22	7,96	11,18
Almendras	1,1	6,3	7,4
Avellanas	2,8	4,6	7,4
Maní	0,77	6,3	7,1
Semilla de girasol	2,5	3,8	6,3
Avena, copos de	1,75	3,68	5,43
Nuez	2,1	2,5	4,6
Maíz, copos de	1,2	2,8	4
Aceitunas	0,25	2,11	2,36

Tabla 4. Contenido en fibra de productos varios: gramos/100 g porción comestible cruda

La cantidad de fibra expresada en los cuadros, corresponde a la composición en peso neto del alimento crudo. Este aporte observado en forma aislada, no define por sí mismo la utilidad del alimento, pues está sujeto a la cantidad de alimento que efectivamente puede utilizarse. Esto depende de:

- El porcentaje de aumento o reducción de un alimento luego de la cocción
- La porción habitual para ese alimento, en razón del volumen o de su aporte

Así la espinaca que tiene un aporte bajo de fibra cuando se le compara en crudo y cada 100 g, con otra verdura como los repollitos de bruselas. Pero la reducción por cocción, permite que se consuman unos 400 g de espinaca, mientras que de repollitos sólo se utilizarían 200 g. El saldo final de fibra por porción servida, resulta: 7.36 g para la espinaca y 8.8 g para los repollitos. Se aproxima así la fibra total que puede conseguirse con ambos, mientras que en la lectura original de la tabla, los repollitos tienen más del doble de aporte que la espinaca.

Visto por el opuesto, 100 g de porotos de manteca en crudo, tienen 16 g de fibra; dado el porcentaje de aumento de este alimento luego de la hidratación y la cocción, habitualmente una porción cocida (200-250 g) no puede superar 70 g de alimento seco, logrando un aporte aproximado de 11 g de fibra. Igual cantidad puede procurarse con el uso de 150 g de pan de harina integral.

Asimismo, podrá observarse que los alimentos reunidos en la tabla 4, contienen cantidades moderadas o altas de fibra, pero por sus características son utilizados en porciones que no superan 1 cucharada o apenas más, por lo que su contribución final no es necesariamente más importante que la que se alcanza con otros alimentos.

Como conclusión se pretende transmitir que todos los productos que aportan fibras son de utilidad para promover una cantidad total diaria aumentada, pero no debe jerarquizarse su selección por la simple observación de la composición de 100 g del alimento crudo.

SON RECOMENDACIONES HABITUALES PARA EL PACIENTE:

- Consuma en almuerzo y cena las verduras y frutas sugeridas.
- Utilice en desayuno y merienda alguno de los estimulantes propuestos: panes integrales, jugo de frutas, miel u otros.
- Agregue el aceite indicado.
- Ingiera líquidos en cantidades muy abundantes durante todo el día. Se prefieren fríos.
- Cumpla las 4 comidas básicas y las colaciones indicadas.
- Evite el consumo de quesos y arroz si no moviliza el intestino; se prefiere siempre combinarlos con las verduras indicadas.
- Restrinja los fermentecibles cuando no movilice periódicamente.
- Destine un tiempo para movilizar el intestino y responda siempre a la urgencia defecatoria.
- Consulte si aparecen cólicos o dolor intenso, ya que en este caso deben modificarse las indicaciones.

2. Diarrea funcional

2.1 Diagnóstico y etiología

DIARREA FUNCIONAL

Criterios Diagnósticos ROMA III

La diarrea funcional se clasifica en forma separada del síndrome de intestino irritable, según los criterios ROMA III:

- La presencia recurrente o continua de materias blandas u acuosas sin dolor abdominal, en el 75% de las deposiciones.
- Por un plazo de al menos 3 meses

Estos síntomas deben de haber comenzado al menos 6 meses previos a establecer el diagnóstico

Globalmente considerada, la prevalencia de diarrea crónica en la población general es difícil de estimar en base a las diferencias de los estudios epidemiológicos en cuanto a diseño, población incluida y diagnóstico, estimándose que afecta un 5% de la población.

Es de fundamental importancia descartar, junto a la presencia de causas orgánicas responsables de los síntomas, la ingesta no intencional de alimentos con potencial efecto laxante como las dietas con alto contenido en fibras, sorbitol o alimentos ricos en fructosa.

La etiología de diarrea crónica varía con la condición socioeconómica de los países. En los países en vías de desarrollo, la diarrea crónica frecuentemente es causada por infecciones crónicas; en los países desarrollados las causas más frecuentes son el síndrome de intestino irritable (SII), la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), los síndromes de malabsorción (enfermedad celíaca o intolerancia a la lactosa) y las infecciones crónicas particularmente en los inmunocomprometidos.

Este capítulo incluirá las recomendaciones nutricionales para los pacientes con diarrea funcional y los que presentan este síntoma en el contexto del SII.

2.2 Tratamiento

En ausencia de diagnóstico etiológico, el tratamiento de la diarrea crónica funcional es sintomático. Los objetivos son:

- aumentar la consistencia de las heces
- disminuir la frecuencia de las deposiciones

Además de las modificaciones dietéticas que se analizarán, se describen diferentes opciones terapéuticas farmacológicas para lograr los objetivos planteados.

- **Sustancias absorbentes:** mucílago de Plantago ovata, preparados de Psyllium. Modifican la consistencia de las heces por ser coloides hidrófilos que solidifican las mismas, mediante la absorción de agua en la luz intestinal.
- **Derivados opiáceos:** loperamida, codeína, difenoxilato. Retrasan el vaciamiento gástrico; inhiben la secreción gástrica, biliar y pancreática; estimulan la absorción intestinal de agua y electrolitos; y reducen el peristaltismo intestinal. El fármaco de elección es la loperamida, que carece de efectos secundarios a nivel del sistema nervioso central, a dosis de 2 mg/4-8 h, sin sobrepasar los 16 mg/día.
- Últimamente han surgido fármacos como el racecadrotilo con acción sobre la secreción intestinal.

2.2.3 Abordaje nutricional

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO SON:

- Contribuir a reducir la frecuencia de las deposiciones y/o la motilidad intestinal.
- Contribuir a la formación de materias de mayor consistencia.
- Orientar en relación a las modificaciones dietéticas frente a sintomatología.
- Educar en relación a los estímulos intestinales para evitar restricciones innecesarias.
- Mantener o mejorar el estado nutricional.

CONFIRMADO QUE SE TRATA DE UNA DIARREA FUNCIONAL, ES NECESARIO RELEVAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN NUTRICIONAL Y CLÍNICA:

- Número, tipo y evolución de las deposiciones.
- Estado de hidratación: observar capacidad para hidratarse con líquidos vía oral. No es frecuente observar alteraciones hidroelectrolíticas severas.
- Síntomas versus ingesta: probablemente el paciente ya ha asociado alimentos con síntomas e identificado aquellos que aceleran el tránsito o,

por el contrario, ha identificado que el síntoma no guarda mayor relación con la ingesta de alimentos. De todas formas, los grandes estímulos intestinales agravan frecuentemente el cuadro.

- Características del consumo habitual: diversos factores dietéticos inciden sobre la motilidad intestinal. Importa jerarquizar en el interrogatorio: número de comidas, volumen de las mismas, velocidad de ingesta y masticación, formas de preparación (investigando especialmente agregado de grasas), intolerancias y rechazos. Indagar sobre consumo de carbohidratos pobremente absorbidos (como la lactosa en pacientes con hipolactasia), alimentos modificados que utilizan fructosa como edulcorante o contienen sorbitol o manitol. Investigar excesos de fibra. Interesa también conocer consumo de alcohol y de cafeína (café, mate, bebidas cola)
- Stress psicosocial: los síntomas suelen agudizarse frente a períodos de estrés.
- Estado nutricional: el nivel de repercusión nutricional, depende de la conservación del apetito.

Secohidrat®

RACECADOTRILO

**PRIMER ANTIDIARREICO
INHIBIDOR DE LA
HIPERSECRECIÓN
INTESTINAL**



**POTENCIA LA ACCIÓN ANTISECRETORA
FISIOLÓGICA DE LAS ENCEFALINAS**

CELSIUS

Progresión del plan: ya que las situaciones clínicas son muy diversas, pueden existir recomendaciones dietéticas dirigidas a períodos con mayor sintomatología que alternen con planes de alimentación saludables con mayor amplitud en estímulos intestinales.

LA BASE DEL TRATAMIENTO DIETÉTICO ES CONTROLAR LOS ESTÍMULOS E IRRITANTES INTESTINALES:

Deben excluirse o reducirse para valorar respuesta sintomática positiva y se reincorporan en tiempos a definir según evolución o adaptándose a cada caso.

LOS PRINCIPALES ASPECTOS A CONSIDERAR SON:

Reducción de fibra: la fibra constituye un residuo intestinal, ya que resiste la digestión y es sustrato para la fermentación bacteriana. Se reduce la cantidad total de fibra, prefiriendo las pectinas; se modifican por cocción y por métodos mecánicos (pisado, licuado, rallado). Se eliminan cáscaras y semillas de vegetales y frutas por ser los sectores con mayor contenido en fibra insoluble.

Exclusión de lactosa: inicialmente la lactosa se descarta y luego se incorpora diluida según situación y hábito previo o se incorporan productos deslactosados. Si por causa de un déficit de lactasa, la lactosa no es desdoblada, actuará aumentando la carga osmótica y contribuirá a prolongar la diarrea.

Debido a este insuficiente desdoblamiento de la lactosa, se considera que la misma constituye un residuo intestinal.

Eliminación/reducción de otros hidratos de carbono pobremente absorbibles: debe evitarse o limitarse la inclusión de alimentos modificados que utilizan fructosa como edulcorante o los que contienen polialcoholes, ya que estos carbohidratos constituyen estímulos intestinales.

Reducción de grasas: la grasa constituye un estímulo intestinal al aumentar la secreción biliar. Como consecuencia del aumento de la motilidad intestinal, la bilis puede no absorberse y estimular la secreción colónica de agua y sodio. A su vez, dicha secreción se ve incrementada como consecuencia de la presencia de ácidos grasos no absorbidos a nivel de colon. Por este motivo, se opta por una reducción de las grasas totales de la dieta (en términos numéricos o cualitativos en función de la ingesta previa).

Eliminación de cafeína (y otras xantinas): son estimulantes de la motilidad e irritantes intestinales.

Contraindicación de alcohol y exclusión de condimentos picantes.

Otros aspectos a considerar:

- Evitar soluciones hiperosmolares: como aquellas que contienen exceso de mono y disacáridos (como la sacarosa). Son en general bien toleradas soluciones que contienen un 5-10% de azúcares.
- Observar el tejido conectivo: se encuentra en mayor proporción en las carnes rojas y guarda relación inversa con la ternura de las mismas. Está descrito como residuo intestinal, si bien no se elimina del plan. Las carnes blancas lo contienen en menor proporción.
- Reducir volúmenes: se recomienda fraccionar la alimentación en 6 o más comidas de escaso volumen.
- Temperaturas a predominio templadas: para reducir el efecto sobre el reflejo gastrocolónico.
- Manejo de probióticos: ver capítulo 4.

La selección de alimentos considera una evolución acorde a la mejora de los síntomas. La siguiente clasificación integra estímulos en forma gradual. No suele ser necesario dar una dieta líquida estricta ni una dieta de reposo intestinal. Se prefiere un régimen antidiarreico de progresión el cual se prescribe generalmente como dieta antidiarreica o dieta de colon. El especialista deberá estar atento para ajustar y ampliar la selección según la evolución, intentando normalizar los aportes.



Alimentos básicos:

Quesos magros, carnes magras de pollo, vacuno o pescado, claras, jamón desgrasado, arroz, harina de maíz, galletas magras o pan desecado, aceite controlado, azúcar y jaleas según situación o vigilando concentración, gelatinas comunes o diet, té (infusión clara), caldos de verdura, condimentos suaves y sal. En algunas oportunidades se decide incluir manzanas y zanahorias.

Alimentos a valorar según tolerancia previa:

Fideos y pastas sin relleno, verduras cocidas de fácil modificación (zapallo, zapallito sin semillas, calabaza, pulpa de tomate sin semillas, papa en cantidad controlada), frutas cocidas (manzanas, membrillos, duraznos), banana y manzana rallada, huevo entero, leche diluida con té claro o leche deslactosada, dulce de membrillo, merengues.

Alimentos generalmente postergados o a incluir en dietas más amplias:

Leche común o descremada sin diluir, frutas cítricas, peras, vegetales de hoja, remolachas, boniatos, crucíferas.

Alimentos no permitidos o que no son bien tolerados por la mayor parte de los paciente:

Productos integrales, leguminosas, leche, carnes o derivados de alto tenor graso, bizcochos y panificados con grasa, chocolate, dulce de leche, frituras y grasas en general, bebidas alcohólicas, café y mate, picantes y salsas tradicionales. Todos los no indicados expresamente.

Frente a una selección inicial limitada, es conveniente estimular el consumo de alimentos aportando recomendaciones prácticas:

PREPARACIONES A SUGERIR FRENTE A RESTRICCIONES ESTRUCTAS:

Con arroz: budines, soufflés o timbales moldeando el arroz con agregado de claras y agregando condimentos suaves; arroz con azafrán o cocido con caldo de verduras; ensaladas combinando pescado o pollo, zanahoria y perejil.

Con harina de maíz: polenta rellena con jamón y queso magro.

Con las carnes: a la plancha, al spiedo, al horno cocidas sobre rejilla, pulpas a la parrilla separando las partes tostadas al consumirlas, hamburguesas o pan de carne con carne picada magra, combinadas con queso magro para derretir, en budines. Pescado o pechuga de pollo al horno en rollitos envueltos con jamón y queso magro.

Para variar desayunos y meriendas: merenguitos, sandwich caliente sin mantequilla (en sandwichera eléctrica de teflón, o eventualmente en grill u horno), utilizando pan de sandwich bajo en grasas, el queso magro permitido y el jamón desgrasado. Scones especiales (con aceite y leche descremada)

Son recomendaciones y advertencias frecuentes para el paciente:

- Tome agua en cantidad abundante durante el día; evite su uso durante las comidas, facilite la pérdida de gas y no la consuma helada.
- Agregue sal en cantidades normales.
- Todos los alimentos serán de tipo magro o desgrasados.
- Los alimentos permitidos se irán ampliando; incorporará sólo uno por vez y observará si ejerce algún efecto inadecuado.
- Estará atento al número y características de las deposiciones para ayudar a decidir si el régimen puede ampliarse.
- Todas las verduras y frutas serán usadas sin cáscaras ni semillas y se prepararán de manera que sus fibras estén “ablandadas”.
- Controle los azúcares y dulces como se propone.

Para la presentación del plan de alimentación: es útil la guía planteada en la introducción, orientando la selección de alimentos de acuerdo a la categorización de “ideal, posible y se desaconseja”.

3. Síndrome de intestino irritable (SII)

3.1 Definición y clasificación

El síndrome de intestino irritable es un trastorno funcional que asocia dolor o molestia abdominal y alteraciones en el tránsito intestinal.

Presenta una evolución crónica, recidivante y no se reconocen causas orgánicas. La prevalencia fue comentada en el capítulo 1.

SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE (SII)

Criterios Diagnósticos ROMA III

- Instalación de los síntomas por lo menos 6 meses antes del diagnóstico
- Dolor o molestia abdominal recurrente durante > 3 días por mes en los últimos 3 meses

Por lo menos dos de las siguientes características:

- Mejora con la defecación
- Se acompaña de alteraciones de la frecuencia de las deposiciones
- Se acompaña de variaciones de la forma de las deposiciones

Se sub-clasifica, de acuerdo a las características de las heces:

- Síndrome de intestino irritable con CONSTIPACIÓN:** materias duras o caprinas en más de 25% de las deposiciones y materia líquida o blanda en menos de 25% de las mismas.
Predomina en las mujeres y se describe en una tercera parte de los casos.
- Síndrome de intestino irritable con DIARREA:** materia líquida o blanda en más de 25% y materia duras o caprinas en menos de 25% de los mismos.
Predomina en el hombre y se describe en un tercio de los casos.
- Síndrome de intestino irritable MIXTO o patrones cíclicos:** deposiciones duras y blandas en más de 25% de los movimientos colónicos.
Se describe entre un tercio y la mitad de los casos. Es frecuente el pasaje de una forma a la otra.

En el terreno clínico se subclasifica de acuerdo a:

- Síntomas clínicos, destacándose la predominancia del dolor, la “hinchazón” y la disfunción intestinal.
- Factores desencadenantes: post-infecciosa, stress o alimentación.

No es infrecuente la asociación con síntomas de otras enfermedades como :

- Fibromialgia
- Síndrome de fatiga crónica
- Trastornos de la articulación témporo-mandibular
- Dolor pélvico crónico
- Dispepsia
- Disquinesia biliar

Es importante la búsqueda de síntomas o signos de alarma que sugieren diagnósticos alternativos:

- Adelgazamiento no intencional
- Sangre en las deposiciones
- Antecedentes familiares de: neoplasia colorrectal, enfermedad celíaca, enfermedad intestinal inflamatoria
- Fiebre que acompaña al dolor abdominal bajo
- Relación con la menstruación
- Relación con: ingesta de medicamentos, consumo de alimentos (especialmente leche), edulcorantes artificiales, productos dietéticos o alcohol, viaje por regiones subtropicales
- Hábitos alimentarios anormales
- Naturaleza de la aparición: una instalación súbita, vinculada a una exposición a gastroenteritis sugiere SII-PI (post-infeccioso)

Debido a la ausencia de un consenso acerca de la causa de esta entidad no existe un acuerdo universal aplicable a todos los pacientes.

La elección se apoya en el síntoma predominante y la gravedad del mismo.

De acuerdo a guías prácticas como OMGE en la mayoría de los casos de SII no se necesita ningún examen adicional.

En ausencia de síntomas de alarma, en menores de 50 años y con síntomas compatibles con el diagnóstico de SII, es optativo considerar la realización de estudios paraclínicos sencillos de screening como hemograma, VES o detección de sangre oculta en materia fecal.

La solicitud de estudios paraclínicos especializados (endoscopías, estudios parasitarios, serología para enfermedad celíaca) se limita a pacientes con signos y síntomas de alarma, edad mayor de 50 años, alta prevalencia en el medio de en-

fermedades como cáncer de colon, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, parasitosis, etc

POR ÚLTIMO DESTACAR QUE LOS FACTORES PSICOLÓGICOS PUEDEN:

- Incidir en la persistencia y percepción de la severidad de los síntomas abdominales
- Contribuir al deterioro de la calidad de vida y al uso excesivo de servicios de atención médica

Es común que el SII coexista con afecciones psicológicas como: ansiedad, depresión, somatización, hipocondría y miedos vinculados a los síntomas. Dada la asociación común entre los síntomas del SII y factores tales como la dieta, el estrés y factores psicológicos, debe prestarse atención a la adopción de medidas que puedan aliviar dichos factores precipitantes. Igualmente es de vital importancia la buena relación del equipo de salud con el paciente.

3.2 Conceptos sobre Tratamiento Médico

En el capítulo 4 se analiza el uso de probióticos en el SII.

La información preliminar sobre antibióticos no absorbibles es alentadora, pero los ensayos han sido demasiado pequeños para extraer conclusiones. El uso de antidepresivos, tanto tricíclicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (serotoninérgicos) en el SII, estaría apoyado por recientes estudios de intervención. El tratamiento utilizado esta dirigido a mejorar los síntomas como dolor, distensión, diarrea y constipación.

FARMACOTERAPIA UTILIZADA EN EL SII. ORIENTADA A LOS SÍNTOMAS.

Síntoma	Fármaco
Dolor y distensión	<ul style="list-style-type: none"> • ANTIESPASMÓDICOS • ANTIMUSCARÍNICOS NO ESPECÍFICOS Atropina*, hioscina*, homatropina*, propinoxato • ANTIMUSCARÍNICOS ESPECÍFICOS Bromuro de pinaverio* • INHIBIDORES DE CANALES DE CALCIO Mebeverina*, bromuro de pinaverio* • AGONISTAS RECEPTORES OPIÁCEOS Trimebutina*
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • OPIÁCEO SINTÉTICO. Loperamina* • ANTAG 5 HT-3 SEROTONÍNICOS. Olasetron, ondansetron*
Constipación	<ul style="list-style-type: none"> • Psillium* • Polietilenglicol* • Lubiproston
Distensión Abdominal	<ul style="list-style-type: none"> • PROBIÓTICOS (cap 4). • ATB NO ABSORBIBLE. Rifaximina* • AGONISTAS OPIÁCEAS KAPPA. Fedotizina
Dolor y diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivo tricíclico*
Dolor y constipación	<ul style="list-style-type: none"> • Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina*

* Se encuentran a disposición en el Uruguay. Farmanuario 2011. Suplemento revista farmacéutica Kairos (Roemmers) (Nov. 2011)

3.3 Abordaje nutricional

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO SON:

- Contribuir a normalizar el funcionamiento intestinal, adaptando el plan de alimentación a la presencia de constipación, diarrea o alternancia de las anteriores.
- Contribuir a reducir el dolor y/o la distensión abdominal si están presentes.
- Identificar si existen factores nutricionales precipitantes (alimentos-preparaciones que producen síntomas).

- Mantener una alimentación balanceada, mediante la exclusión sólo de aquellos alimentos que se vinculen con los síntomas, evitando dietas carentes.
- Mantener o mejorar el estado nutricional.

PARA DECIDIR EL PLAN DE ALIMENTACIÓN, ES PRECISO VALORAR:

Estado nutricional: los síntomas característicos pueden vincularse con modificaciones en la ingesta, si bien no suele ser frecuente una repercusión importante en el estado nutricional.

Mantener una actitud alerta frente a pacientes con SII de sexo femenino que presenten oscilaciones importantes de peso, ya que puede asociarse con trastornos de la conducta alimentaria.

Tránsito intestinal: debe identificarse cual es el síntoma predominante y orientar al mismo las pautas de tratamiento. Las modificaciones dietéticas contribuyen al tratamiento de la constipación y/o de la diarrea. Si existe alternancia entre ambas, se educará en relación al manejo del plan según la etapa, recurriendo a la moderación de estímulos.

Presencia de dolor y/o de distensión: pueden ser los síntomas predominantes. Las expectativas en cuanto a la mejoría luego de la intervención nutricional son mayores para el tratamiento de la distensión.

Características del consumo habitual: se sugiere investigar la relación de los síntomas con el consumo de alimentos (especialmente leche), productos dietéticos (especialmente aquellos edulcorados con fructosa o que contengan polialcoholes), alcohol o con hábitos alimentarios anormales: comidas irregulares o inadecuadas, insuficiente ingesta de líquidos, ingesta excesiva de fibras (consumo de salvado) u obsesión con la higiene en la dieta.

Para la proyección del tratamiento, es útil investigar en relación al consumo de irritantes intestinales (cafeína, condimentos), así como la ingesta de líquidos y fermentecibles.

Modificaciones de la ingesta en el último período: suele observarse exclusión de alimentos por asociarlos con los síntomas. Frecuentemente se reciben pacientes con una selección muy limitada y con temor a incorporar nuevos alimentos. Ubicarse en la ingesta previa posibilita ir modulando los estímulos intestinales en forma gradual y minimizar la posibilidad de efectos adversos.

Tiempo destinado a las ingestas y masticación: detectar comidas apuradas e insuficiente masticación.

Tolerancia actual: en general se recibe un paciente sintomático, ya que la presencia de molestias es la que motiva la consulta.

Detección de factores precipitantes: probablemente el paciente ya ha asociado alimentos con síntomas e identificado aquellos que agravan el cuadro o, por el contrario, puede haber detectado que el factor precipitante es el stress independientemente de la ingesta.

Voluntad de cambio o resistencias: cuando la alimentación es un factor precipitante, la detección y corrección de hábitos alimentarios incorrectos mejora los síntomas y favorece la adherencia al tratamiento.

Stress psicosocial: los síntomas suelen agudizarse frente a su presencia.

CONSIDERACIONES PARA DEFINIR EL TRATAMIENTO DIETÉTICO:

Hay poca evidencia científica hasta el momento de estudios con buen diseño que sustenten el rol de las modificaciones dietéticas o la exclusión de alimentos en el SII.

La dieta, como modalidad aislada, no juega un rol mayor en el tratamiento. Las modificaciones dietéticas deben ser vistas en el marco de una intervención integral.

Sin embargo, los pacientes frecuentemente reportan que los síntomas se desencadenan ante la ingesta de alimentos. Como fundamento de esta apreciación, se destaca que la respuesta fisiológica del intestino (motilidad y secreción intestinal) ante la ingesta puede precipitar los síntomas en sujetos predispuestos. Es posible que alergias o intolerancias a algunos alimentos puedan tener un rol en el desarrollo de los síntomas. Existe literatura que indica potenciales interacciones entre la ingesta de nutrientes, la motilidad y las sensaciones viscerales en pacientes con SII, interacciones que pueden vincularse con los síntomas.

Como orientación para el tratamiento, es útil considerar que los beneficios de las dietas de eliminación son discutidos y no confirmados.

Sin embargo, es razonable eliminar los alimentos que se asocian con síntomas si se observa una clara asociación.

Es importante que los temores y creencias en relación a los alimentos sean escuchados y discutidos, pero no debe dejar de advertirse si los mismos determinan una alimentación carente.

El ejercicio regular, el destinar un tiempo apropiado para la comida y la defecación, y una dieta blanceada pueden ser recomendados.

LAS PRINCIPALES BASES DE TRATAMIENTO SON:

Realizar ingestas regulares, fraccionadas y consumir los alimentos sin apuro: evitar ayunos prolongados, consumir los alimentos con tranquilidad y vigilar el volumen de las comidas son de las principales medidas jerarquizadas en la literatura. La “forma” en la que se realizan las ingestas parece estar priorizada en la bibliografía por sobre los “alimentos que integran” esas ingestas.

Si bien este segundo punto no debe dejar de observarse, la atención debe centrarse en identificar las barreras, las resistencias o las dificultades para cumplir con estos aspectos y no dedicarse a eliminar alimentos de la dieta.

Evitar grandes volúmenes y un elevado contenido de grasas en las ingestas: ya que agravan la aparente respuesta gastrocolónica exagerada.

No limitar la lactosa en forma innecesaria: se propone evaluar la tolerancia a la lactosa, ya que la restricción de la misma no mejora los síntomas y afecta el consumo diario de calcio, lo que puede ser perjudicial.

Valorar exceso de fructosa y de polialcoholes (sorbitol y manitol) como elementos que pueden vincularse con diarrea, distensión, calambres o flatulencia.

No utilizar salvado de rutina en pacientes con constipación; el aporte de salvado ha sido recomendado como una medida segura, pero está pobremente avalado por estudios clínicos. Los pacientes pueden relatar que exacerban los síntomas y existen estudios clínicos randomizados que sugieren que incrementa la flatulencia y no alivia el dolor. Debe valorarse consumo previo y tolerancia.

Evitar fermentecibles: las dietas que producen menos gas pueden ser de ayuda en algunos pacientes.

Uso de pre y probióticos: existen novedosos enfoques en relación a estos puntos (ver capítulo 4). Es importante considerar que ciertos alimentos contienen oligofructosa en forma natural como el trigo, cebollas, bananas, miel, ajo y puerros, que como sustancia prebiótica es sustrato para la fermentación bacteriana, pudiendo asociarse con distensión. Deben observarse también los alimentos que utilizan fructoligosacáridos (FOS) o inulina como aditivos alimentarios, ya que pueden producir idénticos síntomas.

Exclusión de irritantes intestinales: deben excluirse o reducirse estrictamente en el inicio y se reincorporan en función de su vínculo con los síntomas. Fundamentalmente: café, mate, bebidas con cafeína, alcohol y condimentos picantes.

ADAPTANDO SEGÚN LOS SÍNTOMAS:

Cuando el síntoma predominante sea la constipación, aplicar pautas anteriores y considerar las siguientes apreciaciones acerca del tratamiento:

- Estimular el funcionamiento intestinal con estímulos moderados.
- Evitar colaciones matinales, líquidos fríos, fibra insoluble (salvado) excepto hábito previo. Seleccionar a predominio fibra modificada e introducir fibra cruda en función de la tolerancia. No existe consenso en relación a la cantidad global recomendada.
- Evitar astringentes.
- Incluir abundantes líquidos.
- Como otras medidas higiénicas: realizar actividad física, destinar un tiempo para la evacuación y respetar el deseo de defecar.

Cuando el síntoma predominante sea la diarrea:

- Se recomienda limitar los estímulos intestinales
- Realizar horarios de comidas regulares
- Evitar irritantes y fermentecibles.*

Cuando alternen ambos síntomas: se propone generar un formato de plan que le permita al paciente aplicar las medidas dietéticas en función del síntoma predominante.

*Ver pautas generales de tratamiento en apartado diarrea funcional

Para concretar la selección de alimentos:

Si el síntoma predominante es la constipación, seguir las recomendaciones desarrolladas en la sección constipación funcional considerando:

No recurrir a los siguientes estímulos (excepto exista hábito previo y no haya asociación con dolor):

- Productos integrales
- Colaciones en ayunas
- Líquidos fríos
- Cítricos

Si el síntoma predominante es la diarrea:

Tratar como diarrea funcional, evitando a su vez fermentecibles

Algunos aspectos prácticos a considerar:

Para evitar distensión, excluir o limitar:

- Brócoli, coliflor, repollo, repollitos de Bruselas, arvejas, nabo, puerro boniato, papa, lentejas, porotos garbanzos, soja
- Bebidas gasificadas
- Polialcoholes (sorbitol–manitol)
- Excesos de fructosa

Es importante además:

- No utilizar sorbitos o goma de mascar
- Introducir la fibra gradualmente evaluar salvado (no bien tolerado)
- Corregir fraccionamiento
- Procurar comer lento y masticando bien los alimentos.

Si hay constipación, acotar alimentos astringentes:

- Harina de maíz
- Arroz
- Té
- Quesos

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS:

- Seguir la guía de recomendaciones nutricionales según disfunción intestinal presente.
- Enfatizar exclusión de irritantes.
- Respetar asociaciones alimento-síntoma relacionadas por el paciente.

CONSIDERACIONES PARA EL PERSONAL DE SALUD:

Se sugiere evitar dietas restrictivas, seleccionar en función de los síntomas y estimular a la incorporación variada de alimentos. Suele ser muy útil orientar la selección de alimentos de acuerdo a la categorización de “ideal, posible y se desaconseja” (ver capítulo 1). Es conveniente actuar con convicción y relativizar observando síntomas y estado general del paciente.

BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA

1. ADA. Position of the ADA: Health Implications of Dietary Fiber. J Am Diet Assoc. 2008; 108: 1716-1731.
2. American Gastroenterological Association Position Statement: Evaluation of Dyspepsia. Gastroenterology 2005. 129; (5): 1753-1755.
3. American Gastroenterological Association Medical Position. Statement: Guidelines for the Evaluation and Management. of Chronic Diarrhea. Gastroenterology 1999;116:1461-1463. Diarrea Funcional
4. Algunas respuestas a las preguntas más frecuentes. Ira Merkel, MD, Manchester, CT y Arnold Wald, MD, Madison, WI. International Foundation for Functional Gastrointestinal Disorders (IFFGD). www.iffgd.com
5. Clínicul Guideline G1. Nice. Irritable Bowel Syndrome in Adults: diagnosis and management of irritable bowel syndrome un primary care. 2008
6. Guía Mundial de la OMGE Estreñimiento 5 World Gastroenterology Organization, 2010.
7. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial , 20 abril de 2009
8. Heizer, W, Southern, S, McGovern, S. The Role of Diet in Symptoms of Irritable Bowel Syndrome in Adults: A Narrative Review. J Am Diet Assoc 2009; 109: 1204.1214.
9. Kellow JE, Drossman DA. "Introduction: An algorithmic approach to the diagnosis of functional gastrointestinal disorders ". Rev. Gastroenterol. Mex.;75:449-452.
10. Longstreth G et al. Functional Bowel Disorders. Gastroenterology 2006;130:1480-1491
11. Morcos, A, Dinan, T, Quigley, E. Irritable bowel síndrome; Role of food in pathogenesis and management. Journal of Digestive Diseases. 2009; 10: 237 - 246.
12. OMGE. Probióticos y prebióticos. Organización Mundial de Gastroenterología. Guía Práctica. 2008
13. OMGE. Guía Global de la Organización Mundial de Gastroenterología. Síndrome de intestino irritable: una perspectiva mundial. 2009
14. Pilichiewicz, A, et al. Relationship between symptoms and Dietary patterns in patients with functional dyspepsia. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2009. 7 (3): 317-322.
15. Saad, R, Chey, W. Review article: current and emerging therapies for functional dyspepsia. Alimentary Pharmacology and Therapeutics 2006. 24: 475-492.
16. Spanier, J, Howden, C, Jones, M. A Systematic Review of Alternative Therapies in the Irritable Bowel Syndrome. Arch Intern Med. 2003; 163: 265-274.
17. Schmulson M. editorial: Rome Foundation Diagnostic Algorithms for common Gastrointestinal Symptoms. Rev. Gastroenterol. Mex.;75:443-448.
18. Schmulson Wasserman M et al. Consenso Latinoamericano de Estreñimiento Crónico. Gastroenterol Hepatol 2008; 31 (2): 59-74
19. Tack J, et al. Functional Gastroduodenal Disorders. Gastroenterology 2006; 130: 1466-1479.
20. Talley, N, et al. American Gastroenterological Association Technical Review on the Evaluation of Dyspepsia. Gastroenterology 2005. 129; (5): 1756-1780.
21. Thompson, W. Review article: the treatment of irritable bowel síndrome. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1395-1406.
22. Torii, A, Toda, G. Management of Irritable Bowel Syndrome. Review Article. Internal Medicine. Vol 43, no 5 may 2004.
23. Valenzuela J., Alvarado J., Cohen H. et al. Un consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable.. Gastroenterol Hepatol 2004;27(5):325-43.
24. World Gastroenterology Organization, WGO Practice Guideline Irritable bowel syndrome 8. 2009.
25. Zeballos, E., Cohen, H., Taullard, D. Semiología Gastroenterológica. 2003.