



TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico del síndrome de intestino irritable comprende: hábitos, dieta, los FODMAP (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables), hierbas, consumo de fibra, gluten y de probióticos, prebióticos y simbióticos, ejercicio, técnicas ancestrales como la acupuntura, más modernas como la hipnosis, métodos psicológicos de tratamiento y muchos más. En este capítulo se exponen las conclusiones del Consenso Mexicano de Síndrome de Intestino Irritable en relación con la efectividad de los tratamientos no farmacológicos.



Tratamiento no farmacológico de pacientes con síndrome de intestino irritable

María Eugenia Icaza-Chávez

ANTECEDENTES

El tratamiento no farmacológico comprende: hábitos, alimentos, hierbas, técnicas ancestrales como la acupuntura, más modernas como la hipnosis, métodos psicológicos de tratamiento y muchos más. En este apartado se analizan algunos de ellos, sobre todo los que se han estudiado con el método científico.

Relación médico-paciente

Desde hace muchos años se habla de la importancia de la adecuada relación médico paciente en el tratamiento del síndrome de intestino irritable. Para muchos médicos, el diagnóstico y tratamiento de pacientes con síndrome de intestino irritable es un reto.¹ Incluso para algunos gastroenterólogos, quienes prefieren hacer el diagnóstico y establecer el tratamiento de enfermedades orgánicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal o la enfermedad celiaca, que pueden tener síntomas parecidos a los del síndrome de intestino irritable, pero que tienen hallazgos endoscópicos, estructurales e histológicos objetivos.² Muchos pacientes sienten que su interacción con los médicos es deficiente y los deja con una sensación de frustración. En ocasiones esto se debe a la visión discordante de la severidad de los síntomas y la naturaleza de la enfermedad entre ellos y sus médicos.³

Cuando se pidió a un grupo de pacientes con síndrome de intestino irritable que describiera su relación con el proveedor de salud, 54% catalogaron su relación como negativa, 11% positiva, 35% neutra. Una de las peticiones más frecuentes de los pacientes fue que necesitaban más empatía y escucha por parte del personal de salud acerca de cómo el síndrome de intestino irritable afecta su vida. Incluso 8%

Hospital Star Médica, Mérida, Yucatán, México.

Correspondencia
maruicaza@gmail.com

piensa que su proveedor de salud cree que está loco (a).⁴ Uno de cada 7 pacientes piensa que el síndrome de intestino irritable puede convertirse en cáncer y casi la tercera parte piensa que incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal. El 40.6% de los pacientes piensa que el síndrome de intestino irritable se puede diagnosticar con una colonoscopia.⁵

En el síndrome de intestino irritable una adecuada relación médico paciente ha demostrado que disminuye los síntomas⁶ y es un predictor de buen pronóstico a largo plazo.⁷ Incluso, una sola sesión con el paciente dándole una explicación amplia para reforzar la seguridad y la tranquilidad, fue suficiente para mejorar la autopercepción de su discapacidad.⁸ Se ha demostrado que los pacientes valoran tanto la relación interpersonal con el médico, como sus habilidades técnicas.⁹

Es muy importante que el médico comprenda los antecedentes y se adapte a las creencias, costumbres y preferencias personales del paciente. Si no lo hace así, el paciente no tendrá confianza y no podrá sentirse comprendido. La relación médico paciente es una parte crítica del tratamiento, como se ha demostrado en múltiples estudios, y esto hay que entenderlo tal como es, si la relación entre el médico y el paciente se basa en la escucha, la comprensión, la afirmación de las necesidades del paciente, se logra el alivio de los síntomas e incluso la disminución de las visitas médicas.¹⁰ Las intervenciones enfocadas a mejorar la comunicación han demostrado un efecto positivo en el apego al tratamiento, la salud emocional, el alivio de los síntomas, la función diaria e incluso las mediciones fisiológicas.⁷ Se han desarrollado y validado cuestionarios para calificar la relación médico-paciente.³

La buena y correcta relación médico-paciente es parte integral de los resultados del tratamiento. Los médicos debemos saber escuchar con paciencia y atención y encontrar las palabras precisas que generen confianza.

Dieta

La mayoría de los pacientes asocian los síntomas del síndrome de intestino irritable con la comida. La ingestión de los alimentos tiene factores culturales y emocionales que se deben tener en cuenta. Es importante tratar de conocer un poco las creencias de los pacientes y respetarlas, aunque guiando y explicando cuál es la evidencia científica en la que se basan las recomendaciones. La ingestión de ciertos alimentos puede tener efectos tanto placebo como nocebo.¹¹ En un estudio con 330 individuos con síndrome de intestino irritable, se les pidió que graduaran sus síntomas de una lista de 35 alimentos. El 63% atribuyeron sus síntomas a los alimentos, sobre todo carbohidratos y grasas.¹² En otros estudios hasta 90% de los pacientes atribuyen sus síntomas a los alimentos.¹³



En un análisis de 84 pacientes, 62% limitaban o excluían alimentos de su dieta y 12% tenían una dieta nutricionalmente inadecuada.¹⁴ Una de las razones por las que es difícil hacer una correlación exacta entre los alimentos y los síntomas, es que los mismos alimentos no siempre producen una reacción similar en los pacientes en distintas ocasiones. Cuando se suministra a los pacientes una guía dietética específica, se logra que limiten menos la variedad de alimentos que ingieren en comparación con los pacientes que hacen una autorrestricción.¹⁵

Alergia

Una proporción significativa de pacientes con síndrome de intestino irritable creen que sufren alergia alimentaria y 20 a 65% de ellos atribuyen sus síntomas a “algo en la dieta” que activa las respuestas anormales.¹² Se ha demostrado que los pacientes con síndrome de intestino irritable tienen mayor incidencia de atopia¹⁶ y se ha sugerido un papel de las reacciones inmunológicas mediadas por IgG. En dos estudios se demostró que al administrar dietas que excluyen los alimentos que producen anticuerpos IgG, disminuyeron significativamente los síntomas.^{17,18} Estos resultados no se han reproducido en otros análisis y han sido criticados con base en las poblaciones incluidas.¹⁹

En los pacientes atópicos la exclusión de alimentos que producen anticuerpos IgG disminuye significativamente los síntomas gastrointestinales.

A pesar de no contar con estudios validados, actualmente se encuentran en el mercado múltiples exámenes que se aplican a los pacientes para “diseñar” una dieta: pruebas cutáneas de alergias, inmunoglobulinas específicas para alimentos y otras.²⁰ En algunos estudios se ha encontrado poca correlación entre las pruebas cutáneas de alergias, los anticuerpos circulantes específicos para alimentos y los síntomas de los pacientes.²¹ Por el momento no contamos con suficiente evidencia para recomendar dietas basadas en resultados de pruebas de alergia.

Fructosa

La fructosa es una hexosa que se encuentra en la dieta en forma libre como monosacárido, como disacárido (sacarosa) y en polímeros. La absorción intestinal de la fructosa está limitada al intestino delgado, pues su capacidad normal de absorción es de 25 gramos.²² En un estudio mexicano con 25 sujetos con síndrome de intestino irritable y 25 controles se demostró que 52% de los enfermos tenían intolerancia a la fructosa medida por prueba de aliento contra 16% de los sujetos control.²³

FODMAP

La teoría de los FODMAP (oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables) se propuso a principios de este siglo. Establece que los carbohidratos escasamente digeridos pueden aumentar los síntomas del síndrome de intestino irritable, por ser moléculas pequeñas, con alta actividad osmótica y ser rápidamente fermentados por las bacterias colónicas.²⁴ Los síntomas asociados con la dieta alta en FODMAP incluyen: dolor, distensión subjetiva y objetiva, flatulencia y diarrea.¹⁹

En un metanálisis reciente se demostró la disminución de los síntomas del síndrome de intestino irritable con las dietas bajas en FODMAP en estudios con asignación al azar y controlados (RM 0.44, IC95% 0.25-0.76; I [2] = 35.52, $p=0.00$) y en estudios sin asignación aleatoria (RM 0.03, IC95% 0.01-0.2; I [2] = 69.1, $p=0.02$). También mejoró significativamente la calidad de vida relacionada con el síndrome de intestino irritable y disminuyeron significativamente la intensidad del dolor abdominal, la distensión subjetiva y los síntomas en general. En contrapunto con el entusiasmo originado por estos estudios, no podemos dejar de mencionar el estudio en 75 pacientes con síndrome de intestino irritable por Roma III asignados al azar a dieta baja en FODMAP o a una dieta tradicionalmente recomendada a los pacientes con síndrome de intestino irritable: horarios regulares, evitar comidas abundantes, fibra insoluble, cafeína y algunos alimentos como frijoles, col y cebolla, reducción de grasa, con mayor insistencia en cómo comer que en qué alimentos ingerir. Los síntomas disminuyeron en comparación con el inicio de la dieta ($p<0.0001$) y no hubo diferencias entre ambos grupos ($p=0.62$).²⁵

Una recomendación eficaz para disminuir los síntomas es la que insiste en cómo comer, más que en qué alimentos ingerir.

Hasta el momento actual no se sabe cuáles son los pacientes ideales para la dieta baja en FODMAP. Indicar esta dieta puede ser difícil para muchos pacientes, y pocos de ellos tienen un buen apego.²⁶ En un estudio reciente se demostró que 81% de 584 pacientes con síndrome de intestino irritable tuvieron mejoría con la dieta baja en FODMAP, independientemente del tipo de enfermedad según la clasificación de Roma o las intolerancias a fructosa o lactosa medidas por prueba de aliento.²⁷

No hay que olvidar los efectos adversos que podría tener una dieta baja en FODMAP. Se desconocen los efectos a largo plazo de la restricción de FODMAP, por ejemplo, en la microbiota misma. La exclusión del trigo, cebada y centeno podría tener como consecuencia la reducción de fibra, calcio, hierro, cinc y folatos en la dieta. La disminución de



la fibra podría ser adversa en individuos estreñidos. La restricción de la leche podría disminuir la disponibilidad de calcio. Una dieta baja en FODMAP puede ser baja en antioxidantes naturales. No se sabe la repercusión de este tipo de dieta a largo plazo ni sus consecuencias económicas.²⁸

Fibra

La fibra dietética está constituida por polisacáridos componentes de los vegetales resistentes a la hidrólisis de las enzimas digestivas humanas. El consumo diario recomendado de fibra para la población en general es de 14 g por cada 1000 kCal consumidas, aproximadamente 25 g al día en mujeres y 38 g al día en hombres.²⁹ La fibra se divide en la totalmente insoluble, como la lignina y la celulosa y la fibra soluble que contiene hemicelulosa, mucílagos, gomas y pectinas.³⁰ Las fibras se dividen también en las parcialmente fermentables y las totalmente fermentables, según la capacidad de la microbiota intestinal de fermentarlas. Como las fibras son sustancias que no absorbe el intestino humano, llegan hasta el colon, donde la microbiota colónica las fermenta. Esto puede tener un efecto bifidogénico; sin embargo, también puede incrementar el gas abdominal, y los efectos de esto se demuestran por el abandono del tratamiento de 25 a 50% en los estudios clínicos sin que se haya demostrado fehacientemente su eficacia en el tratamiento del síndrome de intestino irritable.³¹

La eficacia de la dieta rica en fibra no se ha demostrado lo suficiente como para considerarla decisiva en el tratamiento de pacientes con síndrome de intestino irritable.

En un estudio efectuado con asignación al azar y comparado con placebo en pacientes con síndrome de intestino irritable, *Psyllium* mostró una proporción significativamente mayor de pacientes con disminución de los síntomas en comparación con el placebo, pero sin disminución del dolor abdominal. El salvado no mostró ventaja clínica alguna y no fue bien tolerado por los pacientes.³² En un metanálisis reciente se encontró un efecto positivo de la ingestión de fibra en el síndrome de intestino irritable en comparación con el placebo con un número necesario a tratar de 10. Sin embargo, al analizar los resultados según el tipo de fibra consumida, la fibra insoluble, como el salvado, no disminuyó los síntomas del síndrome de intestino irritable a diferencia de la fibra soluble, como la ispagula. En este metanálisis no se demostraron efectos adversos asociados con el consumo de fibra.³³

Gluten

La dieta sin gluten se ha convertido en la tendencia dietética más popular en Estados Unidos, aproximadamente 100 millones de sus

pobladores consumen productos libres de gluten.³⁴ El síndrome de intestino irritable y la enfermedad celiaca pueden parecerse clínicamente. La prevalencia de síntomas del síndrome de intestino irritable en pacientes con enfermedad celiaca es de 38% y el riesgo de padecer tales síntomas casi se triplica en los que no se apegan a la dieta libre de gluten.³⁵ Con independencia de la necesidad de descartar enfermedad celiaca, que afecta aproximadamente al 1% de la población, en los pacientes con síndrome de intestino irritable, sobre todo los que padecen diarrea, hace poco surgió un grupo diagnóstico nuevo: los individuos con sensibilidad al gluten no celiaca y que tienen síntomas, como: dolor y distensión abdominal, reflujo gastroesofágico, diarrea, estreñimiento y síntomas extraintestinales como: ansiedad, depresión, erupciones cutáneas, “mente nublada” y dolores musculares. A este espectro se le ha denominado sensibilidad al gluten no celiaca. Los individuos con sensibilidad al gluten no celiaca tienen mayor probabilidad de cumplir criterios de síndrome de intestino irritable.³⁶ No hay por el momento marcadores serológicos que permitan identificar a los pacientes con sensibilidad al gluten no celiaca. Biesiekierski y su grupo³⁷ indicaron a pacientes con síndrome de intestino irritable y sensibilidad al gluten no celiaca una dieta baja en FODMAP y les administraron de manera cegada diferentes dosis de gluten o placebo. No pudieron demostrar un efecto del gluten en los síntomas o la fatiga. Sin embargo, en otros estudios, después de descartar el diagnóstico de enfermedad celiaca mientras ingieren gluten, se administra a los pacientes una dieta sin gluten con la reintroducción posterior de éste y en un pequeño porcentaje de los pacientes los síntomas recurren y, por tanto, se diagnostican con sensibilidad al gluten no celiaca.³⁸

Ahora hay un nuevo grupo diagnóstico: individuos con sensibilidad al gluten no celiaca, con síntomas de dolor y distensión abdominal, reflujo gastroesofágico, diarrea, estreñimiento y síntomas extraintestinales.

Probióticos, prebióticos, farmabióticos y simbióticos

La composición de la microbiota es importante para la salud humana, y la dieta es un elemento decisivo en el tipo de microorganismos que contiene.³⁹ Se han encontrado diferencias significativas en la composición de la microbiota en los pacientes con síndrome de intestino irritable en relación con los controles.⁴⁰ Los probióticos son microorganismos vivos que, cuando se administran en cantidades adecuadas, confieren un beneficio para la salud del huésped.⁴¹ Los probióticos deben considerarse tales si cumplen los siguiente requisitos: que los microorganismos sean viables, que se haya demostrado que sus efectos son benéficos para la salud del hospedero y que se administren en cantidades adecuadas.⁴²

Algunos probióticos o combinaciones de éstos han mostrado ser eficaces en el tratamiento de pacientes con síndrome de intestino irritable,



tanto en la disminución de los síntomas globales como en el alivio del dolor abdominal y la distensión.⁴³ Una revisión sistemática y metanálisis del consumo de probióticos en pacientes con síndrome de intestino irritable diagnosticado por medio de diversos criterios diagnósticos incluidos Roma I, II y III, demuestra que los probióticos son efectivos en el tratamiento del síndrome de intestino irritable para la disminución de los síntomas globales, con un número necesario a tratar (NNT) de 7. También se demostró la disminución de los síntomas con las combinaciones de probióticos como un grupo, pero no con una combinación en particular. Los eventos adversos fueron poco frecuentes, con un número necesario para dañar (NND) de 35.⁴⁴

En un metanálisis más reciente de 21 estudios con asignación al azar, controlados con placebo, de individuos con diagnóstico de síndrome de intestino irritable pero con criterios de Roma III, se concluyó que el tratamiento con probióticos se asoció con mayor alivio en relación con el placebo de los síntomas globales (RR: 1.82, IC95% 1.27 a 2.60) y mejoría de la calidad de vida (SMD: 0.29, IC 95% 0.08 a 0.5), pero no así con alivio de los síntomas individuales. En este estudio los resultados fueron mejores para los probióticos únicos en comparación con las combinaciones, con dosis bajas y en periodos cortos de tratamiento.⁴⁵

Es importante considerar que, aunque los probióticos en general se han consumido durante siglos (yogur), se ha demostrado su efecto benéfico en la salud y sus efectos secundarios son mínimos, es muy diferente demostrar su efectividad como tratamiento en un padecimiento en particular y, sobre todo, demostrar que un probiótico en particular a una dosis específica es una herramienta terapéutica útil. Uno de los probióticos más estudiados en el síndrome de intestino irritable es *Bifidobacterium infantis*. En una revisión sistemática y metanálisis se ubicaron cinco estudios, tres con *B. infantis* como probiótico único, y dos en combinación. Solo en los estudios en que *B. infantis* estaba combinado con otros probióticos se logró demostrar una diferencia en el dolor y la distensión abdominales.⁴⁶

Los probióticos son compuestos no digeribles, fermentables, que estimulan de manera selectiva el crecimiento y la actividad de un número de géneros o especies bacterianos de la microbiota, lo que confiere beneficios para la salud del huésped.⁴² Las características de un prebiótico incluyen ser resistente al ácido gástrico y enzimas proteolíticas, no ser absorbido en el tubo digestivo proximal, ser fermentado por la microbiota intestinal y ser promotor del crecimiento de bacterias benéficas.⁴⁷ Los prebióticos más estudiados y con mayor evidencia científica son la inulina, los fructooligosacáridos, los galactooligosacáridos.

Los probióticos, en general, han demostrado su efecto benéfico en la salud, no así como tratamiento en un padecimiento en particular, como el síndrome de intestino irritable.

cáridos, la lactulosa y los oligosacáridos de la leche materna.⁴⁷ Los simbióticos son productos que contienen probióticos y prebióticos. Tienen el objetivo de que, al llegar al intestino, los probióticos vayan acompañados de su “propio alimento” que ayude a su crecimiento y a la colonización.⁴² En la actualidad no hay suficiente evidencia para recomendar el consumo de prebióticos y simbióticos a pacientes con síndrome de intestino irritable. Los estudios con asignación al azar y controlados con placebo para evaluar la efectividad de los prebióticos y los estudios con simbióticos muestran heterogeneidad en sus resultados, por lo que no se puede afirmar su eficacia.⁴³ En un metanálisis reciente no se encontraron estudios de prebióticos o simbióticos para demostrar su ventaja.⁴⁴

Los farmabióticos están constituidos por células bacterianas de origen humano, o sus productos, con un papel relevante en la salud o la enfermedad. El uso de microorganismos muertos, o sus productos, como modificadores de la respuesta biológica tiene varias ventajas: son sumamente seguros, no sufren de las condiciones de pH ácido en el estómago y su vida útil es muy prolongada.

Las bacterias probióticas vivas pueden causar alguna patología propia, en cambio, las bacterias muertas y sus productos actúan como modificadores de la respuesta biológica, sobre todo en individuos gravemente inmunodeprimidos y que pueden estar en riesgo con el tratamiento con bacterias vivas; por tanto, las bacterias muertas son una opción más segura.

Los farmabióticos están constituidos por células bacterianas de origen humano, o sus productos, con un papel relevante en la salud o la enfermedad.

La actividad de modificación de la respuesta biológica de microorganismos muertos es claramente algo similar a la respuesta de inmunización oral de una vacuna. Está ampliamente demostrado, en estudios *in vitro* y en animales, que las bacterias probióticas vivas y los microorganismos muertos pueden actuar como modificadores de la respuesta biológica. Estas observaciones sugieren que un suplemento alimenticio o medicamento basado en bacterias muertas podría representar una etapa intermedia entre una vacuna oral y un probiótico vivo clásico.

Herbolaria

Otra de las opciones existentes para controlar los síntomas de la enfermedad es una mezcla patentada que contiene extractos alcohólicos de nueve ingredientes derivados de varias hierbas (STW-5, Iberogast®).

Cuadro 1. En fibras de mesenterio ileal de ratas, STW-5 se asocia con menor descarga neuronal en respuesta a la administración de estímulos químicos y mecánicos, incluidos: distensión, serotonina y bradiginina.⁴⁸

**Cuadro 1.** Componentes de SWT5

Raíz de regaliz
Cardo lechoso
Frutos de comino
Raíz de Angélica
Celedonia mayor
<i>Iberis sempervirens</i>
Flores de manzanilla
Hojas de melisa
Hojas de menta

Se han demostrado propiedades espasmolíticas y estimulación de la secreción de iones en intestino de cobayos.⁴⁹ En un estudio europeo, con asignación al azar y multicéntrico se asignaron 208 pacientes a STW-5, otros dos componentes y a placebo durante cuatro semanas. Se demostró que STW-5 fue mejor que el placebo en: calificación de los síntomas, proporción de pacientes con disminución completa de la flatulencia, sensación de evacuación incompleta, mejoría de hábitos intestinales, sensación de llenura abdominal y dolor abdominal. La tolerabilidad fue buena y no hubo eventos adversos graves.⁵⁰

Un metanálisis de estudios clínicos de la administración de aceite de menta piperita en el síndrome de intestino irritable en comparación con placebo mostró disminución de los síntomas globales del síndrome de intestino irritable y del dolor abdominal. El evento adverso más frecuente fue la pirosis y del resto ninguno fue grave.⁵¹

Ejercicio

Hay pocos estudios controlados y de buena calidad para evaluar el efecto del ejercicio en los síntomas del síndrome de intestino irritable. Johansson y su grupo demostraron que 20-60 minutos de ejercicio efectuado 3 a 5 veces por semana durante 12 semanas fueron capaces de disminuir significativamente los síntomas del síndrome de intestino irritable.⁵² Esta mejoría persiste con el paso del tiempo porque después de 5.2 años, los pacientes tratados mediante un plan de ejercicio mantuvieron la disminución de los síntomas del síndrome de intestino irritable, pero incluso de la mayor parte de los síntomas psicológicos, como calidad de vida específica para enfermedad, fatiga, depresión y ansiedad.⁵³

En una revisión sistemática de la práctica del yoga contra placebo, medicamentos y caminar en relación con los síntomas del síndrome

de intestino irritable, se concluye que hay un efecto benéfico de la práctica del yoga, con disminución significativa de los síntomas intestinales, la severidad del síndrome de intestino irritable y la ansiedad en comparación con el tratamiento convencional. También hubo mejoría en la calidad de vida, mejoría global y función física cuando se comparó el yoga con ningún tratamiento. Sin embargo, los autores mencionan que el riesgo de sesgo en estos estudios no queda claro y no emiten una recomendación. No se reportaron eventos adversos. Cuando se comparó el yoga con la caminata, se observó que a los 6 meses los pacientes en el grupo de caminata continuaban con la mejoría y los de yoga no, quizá porque continuar caminando es más fácil para los pacientes que continuar recibiendo sesiones de yoga.⁵⁴

Terapias psicológicas

En el **Cuadro 2** se muestran las distintas terapias psicológicas que se han aplicado en el tratamiento de pacientes con síndrome de intestino irritable.

Hipnoterapia. La hipnoterapia enfocada al intestino es un estado de relajación o trance en respuesta a un estímulo verbal o de otro tipo acompañado de sugestión para mejorar la condición del paciente. El tratamiento se enfoca a los síntomas de cada paciente. Se requieren 12 sesiones para conseguir el máximo beneficio. Este tratamiento es altamente dependiente del operador.⁵⁵ En una revisión sistemática y metanálisis se reportaron cinco estudios que compararon la hipnotera-

Cuadro 2. Terapias psicológicas útiles en el tratamiento del síndrome de intestino irritable

Hipnoterapia
Manejo del estrés
Terapia de relajación
Meditación
Terapia cognitiva conductual
Relajación funcional
Terapia tipo <i>mindfulness</i>
Hipnosis
Terapia de conciencia corporal (BAT TM)
Terapia psicológica multicomponente
Terapia cognitiva conductual de mínimo contacto o autoadministrada
Psicoterapia dinámica
Terapia psicológica multicomponente por teléfono



pia con la terapia control en 278 pacientes. El 54.6% de los pacientes que recibieron hipnoterapia no mejoraron en comparación con 77.4% del grupo control, con diferencias significativas y sin heterogeneidad entre estudios.⁴⁴

Terapia de relajación. En seis estudios con asignación al azar y controlados se comparó la eficacia del entrenamiento de relajación con la terapia control. No se demostró un beneficio de la terapia de relajación y existió una heterogeneidad significativa entre los estudios.⁴⁴

Psicoterapia dinámica. Dos estudios con asignación al azar y controlados compararon la terapia psicodinámica contra una terapia control. El no alivio de los síntomas del síndrome de intestino irritable se reportó en 44.4% de los pacientes contra 70.4% de los controles, la diferencia fue significativa.⁴⁴

Terapia de manejo del estrés. Se revisaron dos estudios de esta terapia. El no alivio de los síntomas ocurrió en 40.7% de los pacientes asignados al tratamiento activo y en 59% de los controles, no hubo diferencia significativa en los resultados.⁴⁴

Terapia cognitiva conductual. Esta terapia define la manera en que los eventos, pensamientos, emociones, acciones y respuestas fisiológicas interactúan una con otra. Se enseña a los pacientes a encontrar los factores psicológicos que interactúan con sus síntomas físicos.⁵⁶ En un metanálisis de estudios con asignación al azar y controlados de terapia cognitiva conductual para adultos con síndrome de intestino irritable se identificaron 18 estudios. Se encontró que al final de la investigación y el seguimiento a corto plazo, la terapia cognitiva conductual fue más efectiva para reducir los síntomas intestinales, mejorar la calidad de vida y la condición psicológica que los controles en lista de espera. Cuando se compararon con los controles con tratamiento médico o apoyo básico, la terapia cognitiva conductual produjo disminución de los síntomas al final del tratamiento y el control de corto plazo, pero no mejoró en la calidad de vida y el estado psicológico. La terapia cognitiva conductual no fue diferente que otros tratamientos psicológicos. Se identificó heterogeneidad de los estudios, los cuales tenían números pequeños de pacientes.⁵⁷

La terapia cognitiva conductual es otra opción efectiva para reducir los síntomas intestinales, aunque cuestionable para mejorar la calidad de vida.

Terapia tipo *mindfulness*. La terapia tipo *mindfulness* (se deja el nombre en inglés pues la traducción es difícil y los psicólogos así se refieren a esta terapia) tiene como objetivo aprender a observar las sensaciones internas sin reaccionar a ellas, poner una atención

emocionalmente neutral a todas las experiencias, impresiones, pensamientos y sentimientos. Los participantes deben aprender a percatarse de las sensaciones en el área abdominal y distinguir esas sensaciones de los pensamientos sobre las sensaciones.⁵⁸ En una revisión sistemática solo se pudo identificar un estudio de esta terapia y no mostró disminución del síndrome de intestino irritable en comparación con el placebo.⁴⁴

Terapia psicológica multicomponente. En el mismo metanálisis se identificó un estudio con terapia psicológica multicomponente por vía telefónica, y se determinó que el grupo con tratamiento activo fue superior al grupo placebo.⁴⁴

Acupuntura

En un hospital europeo se llevó a cabo un estudio prospectivo, ciego y controlado con puntos falsos de acupuntura. El objetivo primario fue una disminución predefinida de la calificación de síntomas a las 13 semanas. Los pacientes en el grupo de tratamiento y en el grupo control mejoraron de igual manera.⁵⁹ En el estudio efectuado por Lembo y colaboradores⁶⁰ se analizó el tratamiento en 230 pacientes asignados al azar a tres semanas de acupuntura en puntos verdaderos o puntos falsos en comparación con pacientes en lista de espera. Los grupos de acupuntura permanecieron, durante tres semanas, en una interacción intensa o limitada con su médico. No hubo diferencias entre los grupos de acupuntura verdadera o falsa, aunque ambos grupos tuvieron mejoría significativa en comparación con el grupo de espera. Sin embargo, el metanálisis más reciente (2014) incluyó seis estudios con asignación al azar y controlados con placebo. Cinco de los estudios fueron de alta calidad. Encontraron que no hubo heterogeneidad ni sesgo de publicación en el metanálisis. El riesgo de mejoría con la acupuntura fue de 1.75 (IC95% 1.24-2.46, $p=0.001$). Los autores concluyen que la acupuntura es efectiva en el tratamiento del síndrome de intestino irritable.⁶¹

La medicina alternativa, como en su caso la acupuntura, es una opción para controlar los síntomas. Hay estudios que concluyen que la acupuntura es efectiva en el tratamiento del síndrome de intestino irritable.

Moxibustión. La moxibustión es una técnica relacionada con la acupuntura. Consiste en el uso de la estimulación por medio de calor al quemar preparaciones de hierbas (cono de moxa) sobre puntos de acupuntura, el calor puede aplicarse directamente en la piel o sobre materiales aislantes o sobre agujas de acupuntura. En un metanálisis que identificó 20 estudios con asignación al azar y controlados con 1625 pacientes, se comparó la moxibustión con medicamentos farmacológicos. La moxibustión alivió significativamente los síntomas globales del síndrome de intestino irritable, pero el riesgo de sesgo

de los estudios fue alto. Los eventos adversos son bajos, pero la evidencia es escasa.⁶²

Homeopatía

Se llevó a cabo una revisión de tres estudios con asignación al azar y controlados, que se realizaron hace muchos años. Los autores de la revisión concluyen que aunque hubo un posible beneficio con el remedio asafoetida *versus* placebo en pacientes con síndrome de intestino irritable con predominio de estreñimiento, los resultados deben tratarse con cautela por la baja calidad de los reportes, un riesgo alto o desconocido de sesgo, un seguimiento a corto plazo y datos escasos.⁶³

CONCLUSIÓN

En el **Cuadro 3** se exponen las conclusiones del Consenso Mexicano de Síndrome de Intestino Irritable en relación con la efectividad de los tratamientos no farmacológicos.

Cuadro 3. Postura y recomendaciones del Consenso Mexicano de Síndrome de Intestino Irritable

Intervención	Efecto	Recomendación (GRADE)
Adecuada relación médico-paciente	Positivo	C2 a favor
Ejercicio	Positivo	C2 a favor
Fibra soluble	Positivo	A2 a favor
Salvado	Positivo	B2 a favor
Dieta baja en FODMAP	Positivo	B1 a favor
Probióticos	Positivo	B2 a favor
Prebióticos y simbióticos	Sin efecto	D2 en contra
Acupuntura	Sin efecto	D2 en contra
Moxibustión	Sin efecto	D2 en contra
Homeopatía	Sin efecto	D2 en contra
Terapia cognitiva conductual	Positivo	C2 a favor
Hipnoterapia	Positivo	B2
Terapia de relajación	Negativo	D2 en contra
Terapia conductual autoadministrada	Negativo	D2 en contra
Terapia cognitiva conductual por internet	Negativo	D2 en contra
Terapia de manejo del estrés	Negativo	D2 en contra
Terapia psicológica multicomponente por teléfono	Negativo	D2 en contra
Terapia tipo <i>mindfulness</i>	Negativo	D2 en contra

FODMAP: oligosacáridos, disacáridos, monosacáridos y polioles fermentables.
Tomado de la referencia 43.

REFERENCIAS

1. Drossman DA. Challenges in the physician-patient relationship: feeling “drained”. *Gastroenterology* 2001; 121: 1037-1038.
2. Dalton CB, Drossman DA, Hathaway JM, Bangdiwala SI. Perceptions of physicians and patients with organic and functional gastrointestinal diagnoses. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 121-126.
3. Kurlander JE, Chey WD, Morris CB, et al. Development and validation of the patient-physician relationship scale among patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterol Motil* 2017; e13106.
4. Halpert A, Godena E. Irritable bowel syndrome patients’ perspectives on their relationships with healthcare providers. *Scand J Gastroenterol* 2011; 46: 823-830.
5. Lacy BE, Weiser K, Noddin L, et al. Irritable bowel syndrome: patients’ attitudes, concerns and level of knowledge. *Aliment Pharmacol Ther* 2007;25:1329-1341.
6. Halpert AD, Thomas AC, Hu Y, Morris CB, Bangdiwala SI, Drossman DA. A survey on patient educational needs in irritable bowel syndrome and attitudes toward participation in clinical research *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 37.
7. Conboy LA, Macklin E, Kelley J, et al. Which patients improve: characteristics increasing sensitivity to a supportive patient-practitioner relationship. *Soc Sci Med* 2010; 70 :479-84.
8. Schmulson MJ, Ortiz-Garrido OM, Hinojosa C, Arcila D. A single session of reassurance can acutely improve the self-perception of impairment in patients with IBS. *J Psychosom Res* 2006; 61: 461-7.
9. Halpert A. Irritable bowel syndrome: what do patients really want? *Curr Gastroenterol Rep* 2011; 13: 331-335.
10. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122:107-112.
11. Francisconi CF, Sperber A, Fang X. Multicultural aspects in functional gastrointestinal disorders (FGIDs). *Gastroenterology* 2016; 150: 1344-1354.
12. Simrén M, Månsson A, Langkilde AM, et al. Food-related gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome. *Digestion* 2001; 63:108-115.
13. Hayes P, Corish C, O’Mahony E, Quigley EM. A dietary survey of patients with irritable bowel syndrome. *J Hum Nutr Diet* 2014; 27 (Suppl 2): 36-47.
14. Monsbakken KW, Vandvik PO, Farup PG. Perceived food intolerance in subjects with irritable bowel syndrome—etiology, prevalence and consequences. *Eur J Clin Nutr* 2006; 60 :667-672.
15. Ostgaard H, Hausken T, Gundersen D, El-Salhy M. Diet and effects of diet management on quality of life and symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Mol Med Rep.* 2012; 5: 1382-1390.
16. Park MI, Camilleri M. Is there a role of food allergy in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia? A systematic review. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18: 595-607.
17. Atkinson W, Sheldon TA, Shaath N, Whorwell PJ. Food elimination based on IgG antibodies in irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Gut* 2004; 53: 1459-1464.
18. Zar S, Mincher L, Benson MJ, Kumar D. Food-specific IgG4 antibody-guided exclusion diet improves symptoms and rectal compliance in irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 2005; 40: 800-807.
19. Hayes PA, Fraher MH, Quigley EM. Irritable bowel syndrome: the role of food in pathogenesis and management. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2014; 10: 164-74.
20. Mullin GE, Swift KM, Lipski L, et al. Testing for food reactions: the good, the bad, and the ugly. *Nutr Clin Pract* 2010;25:192-8.
21. Dainese R, Galliani EA, De Lazzari F, et al. Discrepancies between reported food intolerance and sensitization test findings in irritable bowel syndrome patients. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1892-7.



22. Rao SS, Attaluri A, Anderson L, Stumbo P. Ability of the normal human small intestine to absorb fructose: evaluation by breath testing. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 959-63.
23. Reyes-Huerta JU, Cruz-Patiño EC, Ramírez-Gutiérrez de Velazco A, Remes-Troche JM. Fructose intolerance in patients with irritable bowel syndrome: a case-control study. *Rev Gastroenterol Mex* 2010; 75: 405-11.
24. Ong DK, Mitchell SB, Barrett JS, et al. Manipulation of dietary short chain carbohydrates alters the pattern of gas production and genesis of symptoms in irritable bowel syndrome. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 1366-1373.
25. Bohn L, Storsrud S, Liljebo T, et al. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology* 2015; 149: 1399-1407.
26. Maagaard L, Ankersen DV, Végh Z, et al. Follow-up of patients with functional bowel symptoms treated with a low FODMAP diet. *World J Gastroenterol* 2016; 22: 4009-19.
27. Wilder-Smith CH, Olesen SS, Materna A, Drewes AM. Predictors of response to a low-FODMAP diet in patients with functional gastrointestinal disorders and lactose or fructose intolerance. *Aliment Pharmacol Ther* 2017; 45:1094-1106.
28. Catassi G, Lionetti E, Gatti S, Catassi C. The low FODMAP diet: Many question marks for a catchy acronym. *Nutrients* 2017; 9: 292.
29. Lambeau KV, McRorie JW. Fiber supplements and clinically proven health benefits: How to recognize and recommend an effective fiber therapy. *J Am Assoc Nurse Pract* 2017; 29: 216-223.
30. Cassís Nosthas ML. Fibra y alimentos funcionales [monografía en Internet]. México: HablamosClaro.org; 2017 [citado el 14 de junio del 2017]. Disponible en: http://www.hablamosclaro.org/Temas/6/53/Fibra_Dietética.
31. Staudacher HM, Whelan K. Altered gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome and its modification by diet? probiotics, prebiotics and the low FODMAP diet. *Proc Nutr Soc* 2016;75:306-318.
32. Bijkerk CJ. Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:245-51.
33. Moayyedi P, Quigley E, Lacy BE, et al. The effect of fiber supplementation on irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1367-1374.
34. Balistreri WF. Should we all go gluten-free? What's hot in gastroenterology commentary [monografía en Internet]. New York, NY: Medscape.com; 2017 [citado el 30 de mayo del 2017]. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/857971>.
35. Sainsbury A, Sanders DS, Ford AC. Prevalence of irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with celiac disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2013; 11: 359-65.
36. Aziz I, Sanders DS. Patients who avoid wheat and gluten: is that health or lifestyle? *Dig Dis Sci*. 2014; 59: 1080-1082.
37. Biesiekierski JR, Peters SI, Newnham ED, et al. No effects of gluten in patients with self-reported non celiac gluten sensitivity following dietary reduction of low-fermentable, poorly-absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology* 2013; 145: 320-8.
38. Volta U, Pinto-Sanchez MI, Boschetti E, et al. Dietary triggers in irritable bowel syndrome: Is there a role for gluten? *Neurogastroenterol Motil* 2016; 22: 547-557.
39. Lee HJ, Choi JK, Ryu HS, et al. Therapeutic modulation of gut microbiota in functional bowel disorders. *J Neurogastroenterol Motil* 2017; 23: 9-19.
40. Kassinen A, Krogius-Kurikka L, Makivuokko H, et al. The fecal microbiota of irritable bowel syndrome patients differs significantly from that of healthy subjects. *Gastroenterology* 2007;133: 24-33.
41. Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, et al. Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus

- statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2014;11:506-14.
42. Valdovinos MA, Montijo E, Abreu AT, et al. The Mexican consensus on probiotics in gastroenterology. *Rev Gastroenterol Mex* 2017;82:156-78.
43. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández MV y cols. The Mexican consensus on irritable bowel syndrome. *Rev Gastroenterol Mex* 2016;81:149-67.
44. Ford AC, Quigley EMM, Lacy BE, et al. Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1547-1561.
45. Zhang Y, Li L, Guo C, et al. Effects of probiotic type, dose and treatment duration on irritable bowel syndrome diagnosed by Rome III criteria: a meta-analysis. *BMC Gastroenterology* 2016;16:62.
46. Yuan F, Ni H, Asche CV y cols. Efficacy of *Bifidobacterium infantis* 35624 in patients with irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Curr Med Res Opin* 2017; 33: 1191-1197.
47. Corzo N, Alonso JL, Azpiroz F, y cols. Prebióticos: concepto, propiedades y efectos beneficiosos. *Nutricion Hospitalaria* 2015; 31 (Supl I): 99-118.
48. Liu CY, Muller MH, Glatzle J, et al. The herbal preparation STW 5 (Iberogast) desensitizes intestinal afferents in the rat small intestine. *Neurogastroenterol Motil* 2004;16:759-64.
49. Cremonini F. Standardized herbal treatments on functional bowel disorders: moving from putative mechanisms of action to controlled clinical trials. *Neurogastroenterol Motil* 2014; 26: 893-900.
50. Madisch A, Holtmann G, Plein K, Hotz J. Treatment of irritable bowel syndrome with herbal preparations: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled, multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19:271-9.
51. Khanna R, MacDonald JK, Levesque BG. Peppermint oil for the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Gastroenterol* 2014; 48: 505-12.
52. Johannesson E, Simrén M, Strid H, et al. Physical activity improves symptoms in irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011; 106: 915-22.
53. Johannesson E, Ringström G, Abrahamsson H, et al. Intervention to increase physical activity in irritable bowel syndrome shows long-term positive effects. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 600-8.
54. Schumann D, Anheyer D, Lauche R, et al. Effect of yoga in the therapy of irritable bowel syndrome: A systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; 14:1720-1731.
55. Eriksson EM, Andrén KI, Kurlberg G, et al. Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2015; 21:11439-11449.
56. Hutton J. Cognitive behaviour therapy for irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2005;17:11-4.
57. Li Li, Xiong L, Zhang S, et al. Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2014;77:1-12.
58. Gaylord SA, Palsson OS, Garland EL, et al. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: results of a randomized controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1678-1688.
59. Forbes A, Jackson S, Walter C, et al. Acupuncture for irritable bowel syndrome: a blinded placebo-controlled trial. *World J Gastroenterol* 2005;11:4040-4.
60. Lembo AJ, Conboy L, Kelley JM, et al. A treatment trial of acupuncture in IBS patients. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:1489-97.
61. Chao GQ, Zhang S. Effectiveness of acupuncture to treat irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2014;20:1871-1877.
62. Park JW, Lee BH, Lee H. Moxibustion in the management of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med* 2013;13:247.
63. Peckham EJ, Nelson EA, Greenhalgh J, et al. Homeopathy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 11: CD009710.

Cortesía de

