

YIN SHI

Trastornos digestivos

Síndrome del intestino irritable

Ficha profesional de dietética

Un trastorno funcional con tres subtipos clínicos: diarrea, estreñimiento, alternancia. La palanca dietética mejor documentada sigue siendo la calidad y la solubilidad de las fibras, muy por delante de cualquier dieta de exclusión prolongada.

COMPRENDER LA PATOLOGÍA

Síndrome del intestino irritable

El síndrome del intestino irritable (SII) es un trastorno funcional de la interacción intestino-cerebro: dolores o molestias abdominales recurrentes, hinchazón y alteraciones del tránsito, sin lesión orgánica en la exploración. El diagnóstico se apoya en los criterios de Roma IV y en la exclusión de diagnósticos diferenciales (enfermedad celíaca, EII, déficit de lactasa). Tres subtipos dominantes guían el manejo dietético.

SIGNOS EVOCADORES

- Dolor abdominal que se alivia o modifica con la defecación, al menos un día por semana desde hace tres meses
- Hinchazón, distensión, borborigmos, molestias posprandiales
- Tránsito alterado: diarrea, estreñimiento o alternancia de ambos
- Urgencia de defecar, sensación de evacuación incompleta
- Síntomas modulados por el estrés, las comidas y el sueño
- Ausencia de signos de alarma: sin sangre, sin pérdida de peso, sin fiebre

EL TERRENO FAVORABLE

El terreno típico combina una hipersensibilidad visceral y una motilidad desregulada, a menudo sobre fondo de estrés crónico, antecedente de enteritis (SII postinfeccioso, hasta el 10 % de las gastroenteritis), comidas irregulares y una alimentación rica en productos ultraprocesados. La disbiosis está documentada sin ser todavía una herramienta diagnóstica. La cohorte NutriNet-Santé mostró una asociación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y la prevalencia del SII (Schnabel et al., Am J Gastroenterol, 2018).

LOS PERFILES

Un plan por subtipo

La clasificación por subtipo no es un capricho administrativo: determina la estrategia de fibras, el calendario de las comidas y las prioridades de exclusión. Un mismo paciente puede deslizarse de un subtipo a otro; el plan debe reevaluarse en cada consulta.

SUBTIPO	SIGNOS DISTINTIVOS	SEÑAL RÁPIDA
SII-D: diarrea predominante	Heces blandas o líquidas más de una cuarta parte del tiempo, urgencias posprandiales, a menudo peor por la mañana	***la urgencia que sigue a la comida***
SII-C: estreñimiento predominante	Heces duras o escasas, esfuerzo, sensación de globo lleno sin vaciado	***hinchada pero no sale nada***
SII-M: alternancia diarrea-estreñimiento	Alternancia de fases de diarrea y estreñimiento, variabilidad fuerte según el estrés y las comidas	***un día corre, otro día está bloqueado***

El SII-U (no clasificado) agrupa a los pacientes que no satisfacen claramente ningún subtipo: tratar el síntoma dominante del momento y reevaluar. El SII postinfeccioso aparece tras una enteritis documentada (hasta el 10 % de los casos): responde al mismo marco, con una remisión espontánea frecuente en 5 años. Una comorbilidad frecuente que lo cambia todo: la intolerancia a la lactosa, a despistar por prueba de exclusión antes de imputar los síntomas al SII.

1 SII-D: diarrea predominante · *el subtipo más frecuente en el hombre*

El perfil de la motilidad acelerada: el reflejo gastrocolónico está exagerado y la bolo no tiene tiempo de condicionarse. El objetivo es calmar la motilidad sin crear un bloqueo: fibras solubles en pequeña cantidad regular, féculas digestibles, supresión de los aceleradores del tránsito.

ALIMENTO	POR QUÉ	CONSEJO PRÁCTICO
Arroz	Almidón altamente digestible, efecto moderador documentado sobre la consistencia de las heces	*Arroz blanco bien cocido o en papilla en las comidas de crisis*
Zanahoria	Pectina soluble de buena tolerancia, estructura el contenido intestinal	*Cocida fundente, puré o sopa, 1 porción por comida*
Banana	Pectina + almidón resistente al inicio de la maduración, aporta potasio	*Madura (punteada), 1 al día, nunca verde*
Membrillo	Muy rica en pectina y taninos suaves, la fruta tradicional de las heces blandas	*Solo cocida: compota, pasta o asada*
Calabaza	Fibras suaves muy bien toleradas, alto contenido en agua	*Sopa o puré, 200 g por porción*
Ñame	Almidón mucilaginoso: recubre el tubo digestivo sin sacudirlo	*Cocido o en puré, alternativa a la patata*
Mijo	Cereal sin gluten de fibra moderada, buena tolerancia en porción razonable	*En papilla cremosa por la mañana*
Pollo	Proteína magra poco fermentable, sin residuos irritantes	*Escalfado o estofado, sin piel*
Trucha	Proteína + omega-3, digestibilidad excelente	*En papillote o al vapor suave*
Lágrima de Job	Semilla tradicional de las papillas digestivas, almidón suave	*En congee largamente cocido*

A LIMITAR	MOTIVO
Café	Acelera la motilidad colónica de forma dependiente de la dosis: probar la supresión 2 semanas
Salvado de trigo y fibra insoluble en bruto	La guía ACG 2021 recomienda las fibras solubles y desaconseja las insolubles en el SII
Cantidades grandes de crudités	Fibras duras + ósmosis: agravan mecánicamente el tránsito rápido
Refrescos y bebidas gaseosas	Fructosa + gas: doble agresión osmótica y mecánica
Cebolla, ajo y chalota crudos	Fructanos concentrados, FODMAP altos: entre los primeros sospechosos en exclusión
Frituras y platos muy grasos	Las grasas desencadenan el reflejo gastrocolónico exagerado

REGLA DE ORO

Las comidas pequeñas y regulares valen más que tres sentadas grandes: el volumen gástrico manda sobre la motilidad colónica.

LO QUE DICEN LOS ESTUDIOS

Las fibras solubles (el psyllium a la cabeza) son las únicas recomendadas por la guía ACG (Am J Gastroenterol, 2021); en el ensayo aleatorizado de Bijkerk, el psyllium 10 g/día mejoraba significativamente los síntomas globales (BMJ, 2009). El aceite esencial de menta piperita gastro-resistente reduce los dolores en los metaanálisis (Ingrosso et al., Aliment Pharmacol Ther, 2022). Un ensayo sin gluten mostró beneficio en el SII-D no celíaco (Vazquez-Roque et al., Gastroenterology, 2013), a interpretar como efecto de fructanos tanto como de gluten.

2 SII-C: estreñimiento predominante · *el subtipo más frecuente en la mujer*

El perfil de la motilidad perezosa y la deshidratación del bolo: el contenido se estanca y se reseca. El objetivo es relanzar el tránsito con fibras solubles hidratadas y osmólitos suaves, sin forzar jamás la dosis hasta hinchar más. El agua es aquí un nutriente de pleno derecho.

ALIMENTO	POR QUÉ	CONSEJO PRÁCTICO
Kiwi	Ensayo aleatorizado 2023: 2 kiwis al día mejoran la frecuencia y la consistencia de las heces en el estreñimiento crónico	*2 kiwis verdes al día, en el desayuno*
Semillas de Chía	Mucílago soluble que retiene el agua en el bolo: el psyllium de la cocina	*1 c. s. en remojo 15 min en agua o yogur, por la mañana*
Papaya	Papaína + fibras suaves, osmólito natural bien tolerado	*1/2 papaya madura de postre o desayuno*
Ruibarbo	Antraquinonas vegetales que estimulan suavemente el peristaltismo	*En compota, 1 a 2 veces por semana, no en cura continua*
Almendra (semilla)	Fibras + lípidos lubricantes, efecto documentado sobre la frecuencia	*10 almendras al día, pasta remojada si hay molestias*
Albaricoque	Sorbitol suave + fibras, osmólito de temporada	*Frescas o desecadas rehidratadas, 4 a 6 al día en cura corta*
Aceite de sésamo	Lubricación del bolo alimentario, uso tradicional documentado	*1 c. s. al día como condimento tibio*
Banana	Pectina soluble solo si muy madura: útil de base, no como estrella	*1 al día bien madura; el plátano verde estreñe*
Sésamo negro	Fibras + aceite: la pareja tradicional de las heces perezosas	*Tostado y molido, 1 c. s. en la papilla*

A LIMITAR	MOTIVO
Exceso de arroz blanco y féculas refinadas	Ralentizan el tránsito cuando forman la estructura de la comida
Fibra insoluble sin agua	El salvado seco agrava el tapón: toda fibra añadida exige 1,5 L de agua al día
Alimentos deshidratantes	El alcohol y el exceso de proteína seca retiran agua al bolo (el alcohol sigue prohibido como bebida)
Exceso de lácteos gras sin fermentar	Efecto ralentizador reportado por parte de los pacientes (opinión de experto; los lácteos fermentados pueden al contrario ayudar)
Ignorar las ganas de ir al baño	Embota el reflejo rectal: instaurar una cita fija tras el desayuno

REGLA DE ORO

La fibra no trabaja más que si está hidratada: aumentar las fibras sin el agua es agravar el tapón.

LO QUE DICEN LOS ESTUDIOS

2 kiwis al día mejoraron la frecuencia de las heces en un ensayo aleatorizado (Am J Gastroenterol, 2023). El metaanálisis de Moayyedi confirma el beneficio de las fibras solubles sobre los síntomas del SII (Am J Gastroenterol, 2014), precisando que el efecto pertenece a las fibras solubles (Nagarajan et al., Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015). El psyllium sigue siendo el agente de referencia: en la cocina, el mucílago de chía es su buen equivalente funcional.

3 SII-M: alternancia diarrea-estreñimiento *· el subtipo más difícil de estabilizar*

El perfil de la motilidad inestable: el colon oscila entre aceleración y estancamiento, a menudo sobre fondo de comidas irregulares y variaciones de carga osmótica. La estrategia no es tratar los dos polos sino estabilizar el terreno: regularidad de las comidas, fibras solubles constantes en pequeña dosis, y poda metódica de los FODMAP desencadenantes.

ALIMENTO	POR QUÉ	CONSEJO PRÁCTICO
Mijo	Cereal suave de fibra moderada: la base que no se inclina a ningún lado	*En papilla o en grano cocido, uso diario posible*
Zanahoria	Pectina soluble estable: útil en las dos fases	*Cocida, diaria, variar las formas*
Ñame	Almidón envolvente, tolerancia notable en las dos fases	*Cocido o en sopa*
Calabaza	Fibras suaves no osmóticas, gran tolerancia	*Sopa, puré o asada*
Banana	Pectina + almidón: modula el tránsito en los dos sentidos	*Madura, 1 al día*
Membrillo	Pectina cocida estructurante: regula sin bloquear	*Compota o asada, 2 a 3 veces por semana*
Pollo	Proteína neutra que estabiliza la comida sin desencadenar	*Caldos y estofados suaves*
Trucha	Proteína digestible + omega-3 moduladores de la inflamación	*Vapor o papillote*
Trigo sarraceno	Cereal sin gluten y bajo en FODMAP: la base estable de las dos fases	*En grano cocido o papilla*
Hinojo bulbo	Antiespasmódico alimentario documentado sobre los gases y los espasmos	*Estofado o en sopa; crudo en cantidad muy pequeña*

A LIMITAR	MOTIVO
Comidas irregulares u omitidas	La irregularidad horaria es el primer desorganizador de la motilidad en este subtipo
Cebolla y ajo	Fructanos: primer FODMAP a probar en exclusión-reintroducción
Legumbres en porción grande	GOS + fibras fermentables: toleradas en porción pequeña, hostiles como plato principal
Refrescos y bebidas gaseosas	Gas + polioles o fructosa según las versiones
Exceso de manzana, pera y frutas con sorbitol crudas	Exceso de fructosa + polioles: la pareja osmótica clásica de las fases de diarrea
Exceso de café	Desencadena la fase acelerada; tolerancia variable, probar individualmente

REGLA DE ORO

No corregir nunca el estreñimiento de ayer en el momento en que empieza la diarrea de hoy: estabilizar el marco antes de ajustar el contenido.

LO QUE DICEN LOS ESTUDIOS

La dieta pobre en FODMAP mejora los síntomas en los ensayos aleatorizados, pero la restricción prolongada reduce las bifidobacterias (Staudacher et al., Gastroenterology, 2017): la fase de exclusión debe durar 4 a 6 semanas y luego ceder el paso a la reintroducción, y la dieta personalizada preserva el microbiota (Staudacher et al., Neurogastroenterol Motil, 2022). Los probióticos tienen un efecto global modesto pero significativo (Goodoory et al., Gastroenterology, 2023). El efecto «gluten» del SII sería sobre todo un efecto fructanos (Biesiekierski et al., Gastroenterology, 2013).

TRANSVERSAL

Lo que vale para todos los perfiles

El ochenta por ciento del beneficio dietético del SII viene de cinco gestos simples, antes incluso de la primera exclusión. Valen para los tres subtipos y condicionan el éxito de cualquier intervención más fina.

• Tres comidas a horas regulares, nunca saltadas: el colon ama el reloj, es la palanca n.º 1 del SII-M y del SII-D

• Comer sentado, con calma, masticando: la velocidad de ingesta aumenta la carga osmótica y la aerofagia

• 1,5 a 2 litros de agua plana al día, repartidos regularmente: condición de todo trabajo de las fibras

• Probar la exclusión estructurada de FODMAP solo tras el fracaso de las medidas simples: 4 a 6 semanas de restricción, luego reintroducción metódica por grupos, nunca restricción prolongada sin reintroducción

• Sustituir progresivamente los productos ultraprocesados por platos simples: la asociación con el SII está demostrada en cohorte (Schnabel et al., Am J Gastroenterol, 2018)

• Caminar o moverse 20 a 30 minutos al día: la actividad física modula la motilidad y la hipersensibilidad

• Llevar un diario alimentario-síntomas durante 2 semanas antes de cualquier exclusión: es él quien designa a los verdaderos sospechosos, no las listas genéricas

• No superponer nunca más de una exclusión a la vez, y siempre con una fecha de reintroducción prevista

EN LA COCINA

Recetas que encajan

Las bases suaves de cada día

Platos completos, tiernos y de poco residuo, adaptados a los días de sensibilidad.

• Blanquette de Ternera

• Pot-au-feu tradicional

• Trucha en Papillote con Verduras

• Compota de Manzana con Canela

• Compota de Membrillo y Manzana

• Waterzooi de Pollo con Puerros

Los caldos y papillas del mundo

La familia de los cereales fundidos y las sopas largamente cocidas: el formato más digestible que existe, en todas las cocinas del mundo.

• Congee de Avena Salado con Champiñones y Jengibre

• Khichdi, arroz con lentejas de la India

• Sopa de Pescado con Eneldo

• Sopa de Daikon y Pollo

• Papilla de Trigo Sarraceno con Leche

• Compota de Ruibarbo y Jengibre

NOTAS PARA EL PROFESIONAL

• Documento de ayuda a la decisión destinado a los profesionales de la nutrición: no sustituye ni el diagnóstico médico ni el juicio clínico. El diagnóstico de SII es un diagnóstico de exclusión realizado por un médico.

• Signos de alarma que imponen la opinión médica: sangre en las heces, pérdida de peso inexplicada, fiebre, anemia, dolor nocturno que despierta al paciente, inicio después de los 50 años, antecedente familiar de cáncer colorrectal o de EII.

• Referencias clave: guía ACG (Lacy et al., Am J Gastroenterol, 2021); Bijkerk et al. psyllium (BMJ, 2009); Moayyedi et al. fibras (BMJ, 2014); Nagarajan et al. solubilidad (Eur J Gastroenterol Hepatol, 2015); Ingrosso et al. menta piperita (Aliment Pharmacol Ther, 2022); Goodoory et al. probióticos (Gastroenterology, 2023); Staudacher et al. FODMAP y microbiota (Gastroenterology, 2017; Neurogastroenterol Motil, 2022); Schnabel et al. ultraprocesados (Am J Gastroenterol, 2018); ensayo del kiwi (Am J Gastroenterol, 2023); Biesiekierski et al. gluten versus fructanos (Am J Gastroenterol, 2011; Gastroenterology, 2013).

• Estrategia: primero las medidas simples (regularidad, agua, masticación, actividad); después la exclusión-reintroducción de FODMAP, siempre acotada en el tiempo; la hipótesis lactosa y la hipótesis fructanos antes que la hipótesis gluten.

• No confundir el nivel FODMAP para 100 g con la porción real: es la dosis por comida la que hace el síntoma, y los umbrales de tolerancia varían de un paciente a otro.