

11226
2ej
100



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores
Hospital General de Zona No. 1
Cd. Obregón Sonora
I. M. S. S.

División Estudios de Postgrado

SINDROME DE COLON IRRITABLE

TESIS RECEPCIONAL

Que para obtener el Grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P r e s e n t a

Dr. Francisco García Cancino



Cd. Obregón Sonora

Diciembre 1984

**TESIS CON
FALTA DE CRONO**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	Pág.
I.- Resumen.....	1
II.- Introducción.....	2
III.- Planteamiento del Problema.....	12
IV.- Material y métodos.....	14
V.- Resultados.....	17
VI.- Gráficas.....	20
VII.- Discusión.....	32
VIII.- Conclusiones.....	36
IX.- Comentarios y Sugerencias.....	39
X.- Bibliografía.....	41

RESUMEN

En el presente estudio de tipo prospectivo, se revisan aspectos históricos, los factores predisponentes, mecanismos fisiopatológicos del S.C.I.; asimismo señalamos los diferentes criterios terapéuticos recomendados por diversos autores, nacionales y extranjeros.

Se determina la incidencia del S.C.I. en nuestra unidad (Hospital General de Zona # 1 de Cd. Obregón, Sonora, servicio de Gastroenterología), en relación a otras entidades que se presentaron por vez primera a la consulta, en un lapso de 8 meses (1o. de marzo al 31 de octubre de 1984).

Se discuten 82 casos de S.C.I.; analizando los factores sociales-económicos y psicológicos, como causas predisponentes de este síndrome.

Por último, se determina el cuadro clínico más representativo de S.C.I. en nuestra unidad.

Los resultados se enmarcan en forma de estadística descriptiva, analizando cada uno de ellos.

SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

CLAVE (S. C. I.)

INTRODUCCION:

El síndrome de colon irritable, es un trastor no que se manifiesta por dolor abdominal, de características variables en cuanto a su intensidad y - por alteraciones en las evacuaciones para los cua- les no se puede encontrar causa orgánica demostra- ble (1,2). La gravedad de los síntomas, suelen va- riar de un momento a otro, empero la naturaleza y el caracter de los síntomas generalmente se conservan en un paciente determinado.

Fielding y Hurst(3) afirman: "El intestino es siempre irritable y susceptible de irritación"; de hecho cada vez que ingerimos alimento, aumenta la función motora del intestino, pero si en un paciente la irritación y la irritabilidad da lugar a signos y síntomas característicos y ésta es en forma contínua o intermitente, sin enfermedad orgánica - demostrable, puede pensarse en la existencia de un síndrome de colon irritable.

Bockus(7) señala: Para clasificar como funcional un padecimiento del colon requiere:

a.- Que tenga sintomatología cólica, es decir que haya díarrea, moco abundante, costipación, -

borgorismos, etc.

- b.- Que esta signología no sea producida por lesiones orgánicas de colon, ni de otro segmento del tubo digestivo, y
- c.- Que no exista o intervengan en su causa padecimientos abdominales o extrabdominales de carácter orgánico.

El S.C.I., se considera un trastorno psicossomático también, en diversos estudios, se informa una frecuencia de ansiedad, neurosis, depresión, personalidad obsesiva, etc., hasta en un 72%. De manera global, los pacientes con S.C.I., tienen un índice de neurosis que discierne al de la población normal en general (1, 2, 4, 8, 10, 11, 12).

Historia:

Históricamente el S.C.I., se describe desde hace 162 años aproximadamente cuando Richard Powel en mayo de 1818, en el colegio Médico de Londres, describió las características de 4 pacientes femeninos de su consulta privada, las cuales mostraban signos y síntomas semejantes (dolor abdominal continuo o intermitente con flatulencia, sofocación e indigestión, evacuaciones diarreicas acompañadas de membranas en forma de hojuelas y que no tenían gran consistencia). Esta es quizá la primera descripción con sentido analítico de que se tenga no-

ticia. (14). Desde entonces, un sinnúmero de investigadores han aportado sus experiencias para el mejor conocimiento de esta entidad, entre estos tenemos Hurst (1909-19), Bockus (1928); Peter y Bargán (1944), los que probablemente usaron por vez primera el término de S.C.I.; Almy y Turin (1947-49); Fielding (1977); Latimer (1977); Jinich - - - (1978); Arrubarrena (1979); Thompson (1980) y Shuster (1980). Asimismo, este síndrome, ha recibido numerosos nombres a través de su historia (colono-patía funcional, colitis membranosa, colon espástico, neurosis del colon, etc.); todos ellos y sin excepción criticables según opina Jinich(4).

FRECUENCIA:

La extraordinaria frecuencia de los padecimientos funcionales del tubo digestivo, se confirman diariamente en la consulta del gastroenterólogo y del internista. En la práctica constituye del 40 al 70% de las causas de consulta gastroenterológica (1,2,5,6). Las encuestas indican que un 8 a 14% de los pacientes tienen síntomas de colon irritable en cualquier momento dado de su vida y que cerca de un 25% de los pacientes, informan tener sus síntomas diariamente. Thompson y Heaton(2), en encuestas realizadas entre personas de distintas edades y ocupaciones, aparentemente "sanos", encontraron patrones diferentes en su estudio: un 13% -

de S.C.I. patrón espástico; un 3.7% con diarrea y un 6% referían dolor o costipación.

Una proporción importante de pacientes con S.C.I., reaccionan mal a la asistencia médica o psicológica. La evolución típica de este trastorno, es una serie de remisiones y exacerbaciones, que el paciente se ve obligado a afrontar cambios en su estilo de vida o simplemente a acostumbrarse a ellos. Por fortuna el S.C.I., es un trastorno relativamente benigno que no tiene mortalidad conocida y su morbilidad se limita al mayor riesgo de operaciones innecesarias junto con los riesgos acompañantes de adherencias y otras iatrogenias. Algunos autores mencionan el factor racial como causa de este síndrome, sin que hasta la fecha esté bien delucidada esta información; así como el factor genético (7) "el negro puro no sufre esta dolencia en su lugar de origen; se ha observado un incremento entre los judíos y los habitantes del sur de Europa.

ETIOLOGIA:

En cuanto a su etiología, todos los investigadores están de acuerdo en que el S.C.I.; es el resultado de la interacción de diversos factores entre sí, los cuales aumentan la contractilidad del colon y esta respuesta puede presentarse en personas normales o en pacientes susceptibles; la única

diferencia estriba, en la magnitud y duración de - las causas desencadenantes (emocionales, hormonales, nerviosas, raciales, genéticas, etc.). (3,2,1).

FISIOPATOLOGIA:

Los conocimientos actuales sobre la fisiopatología del S.C.I., son abundantes y en ocasiones - complejos, pero su entendimiento nos proporciona - la base para la comprensión clínica y el mejor manejo de estos pacientes tan difíciles. El primer - factor que llama la atención, es que hay un grupo - de enfermos en los que desde su nacimiento, existe una anomalía en la musculatura lisa del tubo digestivo, especialmente en la colónica y los síntomas de colon irritable aparecen desde su infancia - y pueden continuar presentándose toda su vida. El - segundo factor en el desarrollo del S.C.I., es el psicológico seguramente el más importante y el más frecuente; Almy(6,15) afirma: Los problemas psicológicos tales como el Stress y la tensión emocional son características inevitables de la vida normal, y que cuando son intensos y persistentes aparecen trastornos de mayor cuantía como la ansiedad, la angustia, depresión, complejos de culpa, etc. - como también lo señala Jínich(4). La relación entre la esfera psíquica y la respuesta orgánica - afirma Bockus(7), se establece porque el colon, es una zona orgánica que la naturaleza ha destinado - para recibir los impulsos centrales a través de -

las fibras nerviosas autónomas, por mediación del hipotálamo que actúa como coordinador de las emociones y la función visceral.

Haddad y Ghislain(1) agregan: el colon de pacientes con S.C.I., manifiestan una función motora anormal y reacciona anormalmente a ciertos estímulos fisiológicos y farmacológicos como tensión emocional, alimentación, fármacos colinérgicos, hormonas gastrointestinales, etc. Almy y Turin(6,15), confirmaron, con sus estudios experimentales, la relación psicosomática del S.C.I. llegando a tres conclusiones fundamentales:

- I.- El tono y la motilidad del colon, se encontraron alterados en pacientes con colon irritable, pero en forma similar puede ocurrir en sujetos sanos, como parte de una reacción general al stress causado por el dolor.
- II.- El espasmo del sigmoides ocurre en personas sanas cuando ellas se encuentran bajo el efecto de un stress inducido experimentalmente, pero la aparición de esta relación depende no solo del estímulo sino de la interpretación que dé el sujeto mismo.
- III.- Los síntomas clínicos del colon irritable van regularmente asociados con problemas emocionales del paciente, cuando estas situaciones son producidas en el laboratorio, el desorden

colónico se presenta.

De aquí concluimos que el S.C.I., es el cambio orgánico como respuesta a conflictos emocionales en los problemas que presenta el diario vivir.

Estudios recientes sobre la fisiología del aparato digestivo, han venido a mejorar nuestros conocimientos sobre S.C.I., estos avances demuestran que el patrón de contractilidad, de control y coordinación de estos músculos se hace a través de una actividad mioeléctrica conocida como ritmo eléctrico basal (R.E.B.), que da como resultado frecuencias variables que van de 3 a 6 ciclos por minuto y que constituyen el fundamento del R.E.B. (2, 3, 16, 17).

Snape y cols. (17), han demostrado que experimentalmente existe un patrón mioeléctrico basal anormal en el sigmoides de los enfermos con S.C.I. esta anormalidad consiste en una anormalidad (actividad) colónica aumentada de la onda lenta de 3 ciclos por minuto y que da lugar a la disfunción colónica en respuesta a varios estímulos fisiológicos o patológicos.

Latimer (9) por su parte, comparo la motilidad del colon y la actividad mioeléctrica en pacientes con S.C.I., con la observada en un grupo de pacientes psiquiátricos externos de control, los cuales mostraban/manifestaban síntomas gastrointestina-

les, lo mismo que con las de un grupo de personas normales; concluyó, que el S.C.I. como trastorno psicológico, no tiene una correlación fisiológica periférica única, ya que los sujetos neuróticos en control tenían grados intermedios de motilidad del colon, los cuales no diferían mucho de los observados en sujetos con colon irritable y sanos. Por tanto la reacción observada a menudo en pacientes con S.C.I., es una reacción normal a la ansiedad y no tienen importancia para las alteraciones de las evacuaciones o el dolor abdominal.

Un tercer factor en la fisiopatología del colon irritable y considerado por una gran diversidad de autores como de menor importancia, lo constituye la influencia que ejercen algunas hormonas sobre la actividad motora del tubo digestivo (hormonas sistémicas y gastrointestinales), su importancia radica en el diagnóstico diferencial con un gran número de enfermedades que lo semejan entre ellas mencionaremos (hipotiroidismo, tirotoxicosis, síndrome de Zollinger Ellison, etc.). Por otra parte se sabe que la gastrina y la colecistoquinina puede actuar sobre la musculatura colónica; la gastrina aumentando la actividad colónica en sujetos normales y en sujetos con S.C.I., posterior a la ingesta de alimentos (actividad motora postprandial), al igual que la colecistoquinina; esta además, puede dar origen al llamado reflejo gastrocô-

lico, reflejo que es frecuente en pacientes con S. C. I.

Un último factor que interviene en la fisiopatología del colon irritable, lo constituye el farmacológico: las sustancias que estimulan la actividad colónica (colinérgicos) y las que lo inhiben (anticolinérgicas).

CUADRO CLINICO:

Clínicamente, el S.C.I. se caracteriza por dolor abdominal, meteorismo, costipación, flatulencia, heces poco abundantes y fragmentadas, sensación de defecación incompleta con moco y alteraciones psicológicas diversas; teniendo como norma general, el buen estado del paciente (habitus externo). Este cuadro puede evolucionar con remisiones y exacerbaciones en el curso de días, semanas, meses o años. (3,4,6).

DIAGNOSTICO:

Es a menudo, uno de los problemas más difíciles que afronta el clínico; una larga historia de accesos intermitentes de dolor abdominal, evacuaciones anormales o irregulares o bien episodios de diarrea con moco transparente sin pus o sangre, sugieren el diagnóstico de S.C.I., mas este debe establecerse por exclusión, es decir hasta descartar

tar toda posibilidad de patología orgánica colónica (diverticulitis, estreñimiento simple, enteritis regional, C.A. etc.) (1,3).

TRATAMIENTO:

El tratamiento de S.C.I., ha sido muy debatido en los últimos años como lo demuestran un sinnúmero de publicaciones, sin embargo es preciso comprender, que el S.C.I. no constituye una manifestación de enfermedad del colon, sino que se debe a una disfunción neuromuscular gastrointestinal cuyos síntomas más destacados son de origen colónico como afirma Bockus (7). Todos los autores confluyen en tres principios básicos para el tratamiento de los pacientes con S.C.I. y que abarcan: Psicoterapia, tratamiento médico y dietético. (3,4,6,13,15).

OBJETIVOS:

- 1.- Conocer la prevalencia del S.C.I. existente en nuestra unidad (H.G.Z.# 1) de Cd. Obregón Sonora, servicio de Gastroenterología.
- 2.- Identificar los factores psicosociales más frecuentes que desencadenan este síndrome.
- 3.- Identificar, las variantes clínicas más representativas de este síndrome.
- 4.- Identificar si existe relación/interrelación - entre los factores psicológicos, económicos y sociales con la sintomatología clínica que presenten los pacientes con síndrome de colon --- irritable.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la actualidad, se observa un incremento importante en el número de pacientes en la consulta del médico familiar reduciendo aún más, el tiempo otorgado para la anamnesis y la exploración clínica de los pacientes, lo cual ha motivado, que el médico familiar no le de importancia debida a este síndrome y por ende esto repercute, en un incremento en la consulta externa de la especialidad. Los reportes actuales demuestran que un elevado porcentaje de pacientes que acuden a consulta con este -

síndrome, tienen como factor desencadenante, -- factores psicosociales. Sin embargo, no contamos en nuestra unidad, estudios que demuestren qué tipos de factores psicosociales son los predominantes en este síndrome o bien cuáles son las variables clínicas frecuentes de esta entidad, motivo por el cual el presente estudio se encaminó a:

A.- Conocer la casuística del S.C.I. en nuestra unidad, determinando el porcentaje de las consultas de primera vez, en relación con otros padecimientos en la consulta externa del servicio de gastroenterología del H.G.Z. # 1, Cd. Obregón Sonora.

B.- Qué porcentaje de estos pacientes, tienen como factor desencadenante las causas psicosociales, y

C.- Que porcentaje de estos pacientes, presentan una o más variantes clínicas.

MATERIAL Y METODOS

Nuestro universo de trabajo, lo constituyeron 420 pacientes que ocurrieron a consulta de primera vez, al servicio de Gastroenterología del H.G.Z. - # 1 de Cd. Obregón Sonora, en el lapso comprendido entre el primero de marzo al 31 de octubre de 1984, de éstos se estudiaron 82 pacientes, los cuales fueron diagnosticados como S.C.I., motivo de nuestro estudio.

La selección de pacientes se realizó en base

a:

- A.- Historia clínica completa.
- B.- Todos aquellos pacientes que presentaron sintología abdominal y para la cual no se demostró patología orgánica, mediante estudios de laboratorio (coproparasitoscópico seriado), gabinete (radiología simple de abdomen).
- C.- "Test" elaborado por el servicio para fines prácticos y que abarcan las siguientes variables:
 - 1.- Edad.
 - 2.- Sexo.
 - 3.- Factores Sociales (estado civil, ocupación).
 - 4.- Factores económicos (salario: menor al mínimo, mínimo, medio, alto).
 - 5.- Factores psicológicos (ansiedad, depresión, angustia, etc.).

- 6.- Signos y síntomas clínicos.
- 7.- Tiempo de evolución.
- 8.- Enfermedades concomitantes con S.C.I. -
(cronicodegenerativas).
- 9.- Tratamientos previos.
- 10.- Resultado de tratamientos previos (mejo-
ría).
- 11.- Tratamiento instituido por el servicio de
Gastroenterología.
- 12.- Estudios de laboratorio y gabinete comple-
mentarios.
- 13.- Número total de consultas de primera vez,
mediante registro diario "test" y las for-
mas 4-30-6 (hoja de consulta externa).

Algunas variables utilizadas en nuestro cuestionario y que podrían prestarse a confusión, para fines prácticos, se desglosaron de la siguiente manera:

A.- Factores Económicos:

- Menor al salario mínimo.- ingresos mensuales por debajo de \$ 10,000.00 pesos.
- Salario Mínimo.- ingresos mensuales de 11 a - -
29,000 pesos.
- Salario Medio.- ingresos mensuales de 30 a - -
59,000 pesos.
- Salario Alto.- ingresos mayor de 60,000 pe-
sos.

B.- Factores Psicológicos:

- *Ansiedad.* - al temor inexplicable de algo que no se puede definir.
- *Angustia.* - Sensación de pavor sin motivo justificado.
- *Depresión.* - A todo trastorno que afecte la escala afectiva y disminuya la actividad física o mental.
- *Stress continuo.* - A los estados de tensión repetitivos.
- *Inestable emocional.* - A los cambios frecuentes de conducta y escala afectiva con remisión espontánea.

C.- Tratamiento (mejoría):

- *Leve.* - Cuando la signología presentada disminuyó de intensidad, sin desaparecer del todo.
- *Moderada.* - Cuando uno o más signos desaparecieron o bien cuando el cuadro clínico desapareció por temporadas.
- *Nula.* - Cuando nunca disminuyeron/desaparecieron los signos o síntomas presentados.

RESULTADOS

Se estudiaron 420 pacientes de primera vez, - de los cuales 82 pacientes (19.52%), correspondieron a S.C.I., tabla # 1.

Sexo.- 66 pacientes, correspondieron al sexo femenino (80.48%) y 16 al sexo masculino - - - (19.52%), gráfica # 1.

Edad.- Se obtuvo una mínima de 16 años y una máxima de 76 años, con una media de 41 años. Tabla # 2.

Estado Civil.- Predominan los casados, en un 84.14% Gráfica # 2.

Ocupación.- En orden de frecuencia encontramos:

- Hogar.....	64.63%
- Empleado.....	21.95%
- Estudiante.....	4.87%
- Obrero	3.65%, etc. <u>Tabla # 3.</u>

Salario.- Predomina, el salario mínimo en un - - - 66.66%. Gráfica # 3.

Factores Psicológicos.- Se encontró como factores predominantes, a la ansiedad (36.69%), y al inestable emocional (20.18%), así como a la depresión y el stress continuo en un 16.51%. Gráfica # 4.

Cuadro Clínico.- La signología clínica representa-

tiva en nuestro estudio la constituyó:

- Dolor Abdominal..... 28.57%
- Meteorismo..... 23.30%
- Costipación..... 22.18%
- Diarrea..... 8.54%. Gráfica # 5.

Se observó además, una correlación estrecha - entre las diferentes variables estudiadas (factores psicológicos y socioeconómicos), con el cuadro clínico. Tabla # 4.

Tiempo de Evolución.- Es variable, en nuestro estudio encontramos un mínimo de 3 meses y un máximo de 12 años.

Enfermedades Concomitantes con S.C.I.- Se encontró una variedad considerable de enfermedades - cronicodegenerativas entre las cuales están:

- Reumatológicas..... 20.8%
- Hipertensión Arterial... 23.30%
- Endócrinas (obesidad)... 22.18%
- Enfermedades Cardíacas.. 12.5%. Gráfica #6.

Tratamiento.- El 53.33% de nuestros pacientes, nunca habían recibido tratamiento y solamente un 46.67% sí. Gráfica # 7.

De los que recibieron tratamiento previo, el 54.2%, su resultado fue NULO; un 40%, refirió mejoría LEVE y un 5.8% moderada. Gráfica # 8.

A todos los pacientes estudiados, se les solicitó coproparasitoscópico seriado de control, así como estudio radiológico (colon por enema), cuyo resultado fue negativo en todos los casos (100%), con lo cual se ratificó el diagnóstico de S.C.I.

Asimismo, a todos los pacientes estudiados, se les trató a base de sintomáticos, antiespasmódicos, anticolinérgicos, y cuando el caso así lo ameritó, se agregó ansiolíticos y sedantes suaves, hasta la segunda entrevista, no encontrando variación clínica significativa; tres de los pacientes reportaron mejoría leve (3.65%).

TABLA 1

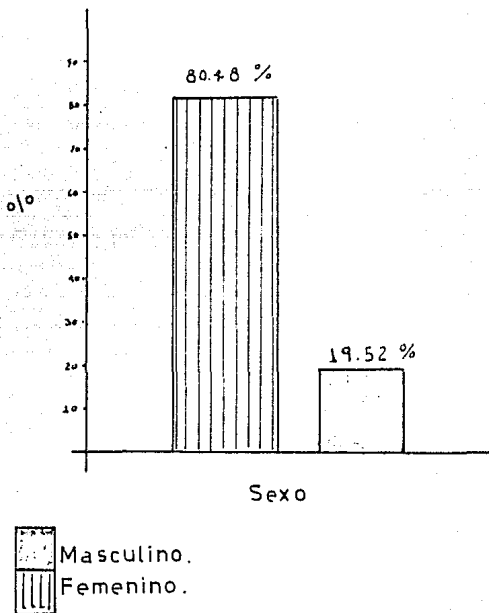
TASA DE MORBILIDAD. PADECIMIENTOS DE 1a.VEZ.
 SERVICIO: GASTROENTEROLOGIA.
 HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1.
 CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.

	ENFERMEDADES	Num. Casos.	%
1	COLECISTITIS.	91	21.66
2	S. C. I.	82	19.52.
3	P. ANORECTALES	55	13.09
4	SX. ULCEROSO.	43	10.23
5	REFLUJO G/E. GASTRITIS.	26	6.19
6	NEUROSIS	24	5.71
7	HERNIAS	23	5.47
8	VARIOS	21	5.00
9	HEPATOPATIAS	20	4.76
10	COLITIS PARASIT.	18	4.28
11	CANCER	13	3.09
12	COSTIPACION S.	7	1.00
	TOTALES	420	100

Fuente: Formas 4.30.6 C/E

GRAFICA 1

FRECUENCIA EN CUANTO AL SEXO DE LOS
PACIENTES CON S.C.I.
SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA.
HOSP. GRAL. DE ZONA NUM 1
CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.



Fuente : Encuesta personal.

TABLA : 2

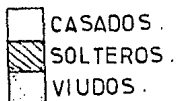
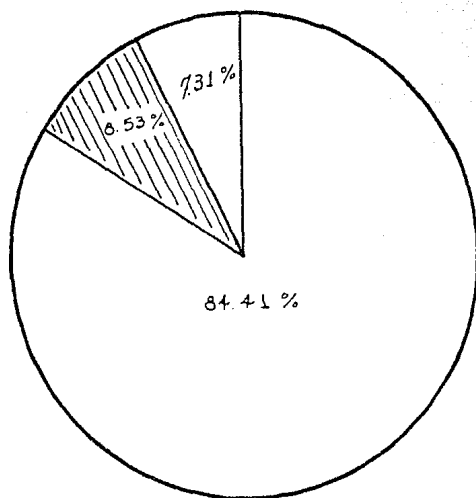
PACIENTES CON S.C.I. POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
 SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA .
 HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1.
 CD. OREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.

grupo de edades.	casos	Fem.	%	Masc.	%	%Total.
1 0 - 9						
2 10 - 19	1	1	1.51			0.33
3 20 - 29	13	10	15.15	3	18.75	15.85
4 30 - 39	19	17	25.75	2	12.5	23.17
5 40 - 49	21	13	19.70	8	50	25.60
6 50 - 59	15	12	18.18	3	18.75	18.30
7 60 - 69	10	10	15.15			12.19
8 70 y +	3	3	4.54			3.66
Totales.	82	66	100	16	100	100

Fuente Informacion: Encuesta personal.

Grafica : 2

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON S.C.I.
SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA.
HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1.
CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.



Fuente: Encuesta personal.

TABLA: 3

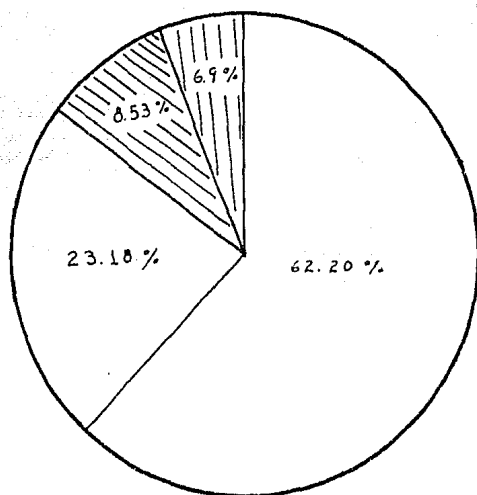
OCUPACION DE LOS PACIENTES CON S.C.I.
 SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA.
 HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1
 CD. OBREGON SON MARZO-OCTUBRE 1984

	OCUPACION	CASOS	%
1	HOGAR	53	64.64
2	EMPLEADO	18	21.96
3	ESTUDIANTE	4	4.88
4	OBRAERO	3	3.66
5	COMERCIO	2	2.44
6	PROFESION	1	1.21
7	JORNALERO	1	1.21
	TOTALES	82	100

Fuente : Encuesta personal.

Grafica:3

SALARIO DE PACIENTES CON S.C.I.
 SERVICIO GASTROENTEROLOGIA
 HOSP. GRAL. DE ZONA NUM, 1
 CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984

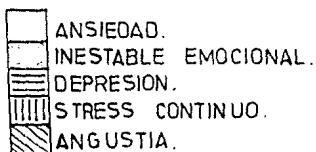
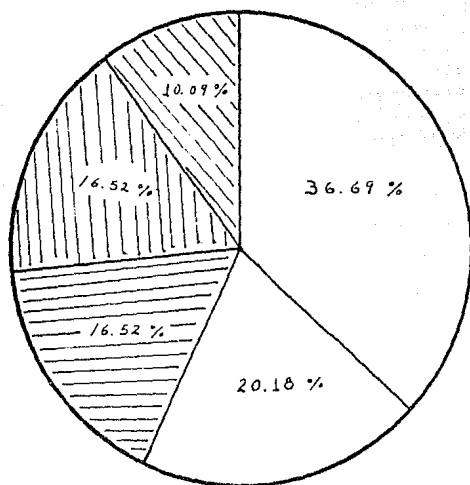


SALARIO MINIMO.
 MEDIO.
 MENOR AL MINIMO.
 ALTO.

Fuente Encuesta personal.

Grafica:4

FACTORES PSICOLOGICOS DE LOS PACIENTES
CON S.C.I.
SERVICIO: GASTROENTEROLOGIA.
HOSP. GRAL DE ZONA NUM. 1.
CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.



Fuente Encuesta personal.

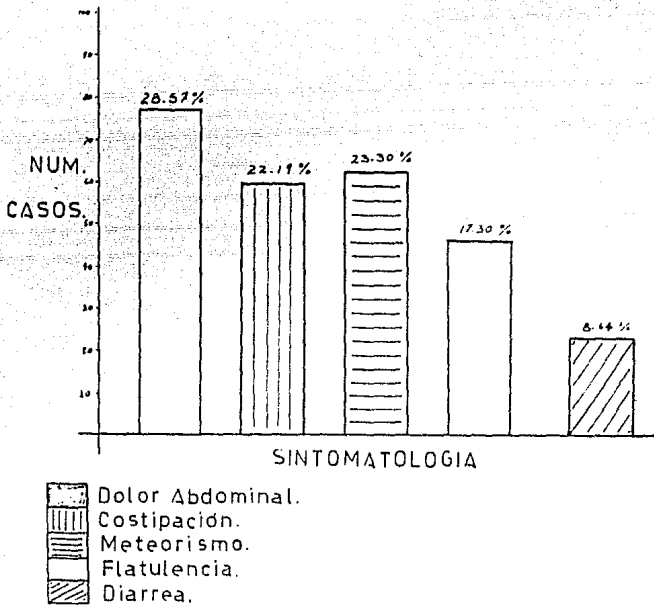
GRAFICA:5

SINTOMATOLOGIA DE LOS PACIENTES CON
S. C. I.

SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA .

HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1.

CO. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.



Fuente: Encuesta personal.

TABLA : 4

INTERRELACION DE LAS DIFERENTES VARIABLES UTILIZADAS
EN LOS PACIENTES CON S.C.I. TOMANDO COMO PREMISA A LOS
FACTORES PSICOSOCIALES.

SERVICIO: GASTROENTEROLOGIA H.G.Z 1 OREGON SON.
MARZO-OCTUBRE 1984.

FACTORES PSICOLOGICOS	Signología Clínica MAS frecuente.					SALARIO			OCUPACION						
	DOLOR	CONSTIPACION	ERITORISMO	Flatulencia	DIARREA	A	H	1/2 A	ARRAN	EMPLEO	OLERO	INDUSTRIAL	PROF.	ESTUDIANTE	
1 ANSIEDAD.	++++	++++	++++	+++	++	-	++	++	-	++	+++	-	-	+	++
2 I. EMOCIONAL	++++	++++	++++	+++	+++	-	++	++	-	+++	++	+	+	++	++++
3 DEPRESION.	+++	+++	++	++	+	++	++	++	-	++	+	+	++	+	+
4 STRESS.	+++	+	++	++	+	-	++	++	-	++	-	-	-	+++	+++
5 ANGUSTIA.	++	+	+	+	+	-	+	-	-	++	-	-	-	-	-

++++	MUY FRECUENTE
+++	FRECUENTE
++	± FRECUENTE
1/2	POCO FRECUENTE

Fuente Encuesta personal.

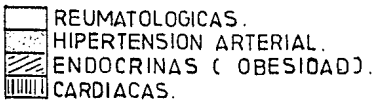
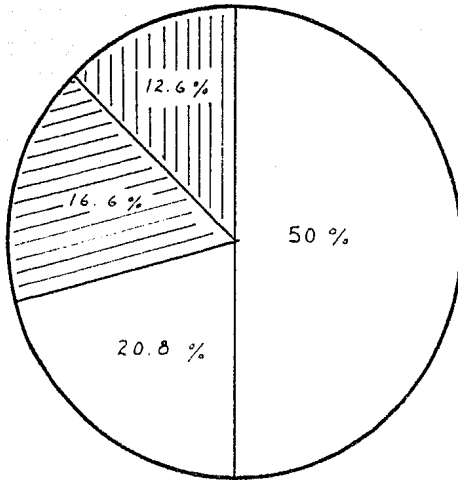
Grafica: 6

ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN PACIENTES
CON S.C.I.

SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA .

HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1

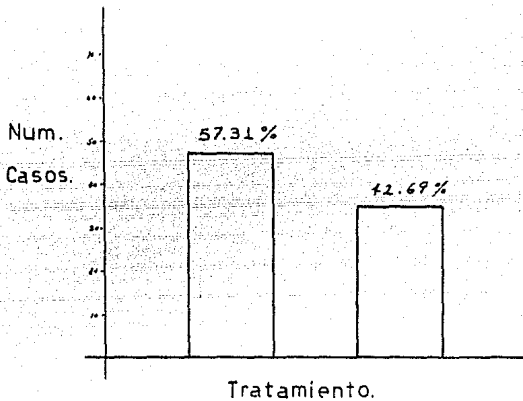
CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984 .



Fuente: Encuesta personal.

GRAFICA:7

RELACION DE PACIENTES CON S.C.I.
 TRATADOS Y NO TRATADOS PREVIAMENTE.
 SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA
 HOSP. GRAL. DE ZONA NUM:1
 CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984.

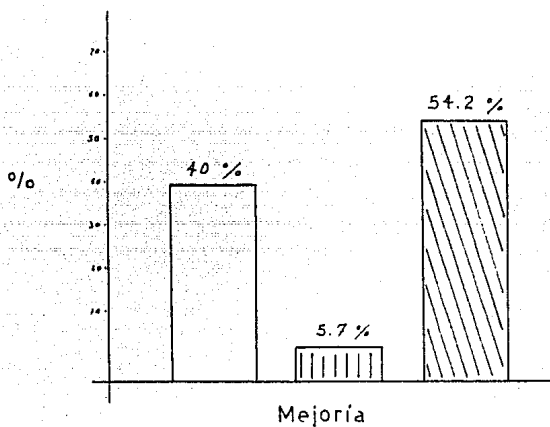


- NO Tratados.
 SI Tratados.

Fuente: Encuesta personal.

GRAFICA : 8

RELACION DE PACIENTES CON S.C.I.
 TRATADOS PREVIAMENTE (MEJORIA).
 SERVICIO : GASTROENTEROLOGIA.
 HOSP. GRAL. DE ZONA NUM. 1 .
 CD. OBREGON SON. MARZO-OCTUBRE 1984



Fuente: Encuesta personal.

DISCUSION

Nuestro estudio demuestra que el S.C.I. en nuestra unidad H.G.Z. # 1, de Cd. Obregón Sonora, ocupa un lugar preponderante, 2o. lugar como causa de consulta de primera vez en el servicio de Gastroenterología. Si bien la literatura reporta un 40 a 70% de incidencia de S.C.I. en la consulta de primera vez (1-2-5-6), en nuestra unidad representa un 19.51% en relación al resto de la patología encontrada de primera vez, lo que lo hace muy significativo.

El S.C.I., predomina en mujeres en relación de 4:1 con los varones, como lo reportan diversos autores (2); frecuencia corroborada en nuestro estudio.

El S.C.I., puede presentarse en cualquier época de la vida (1-2-5-6), en nuestro estudio, los grupos de edades predominantes corresponden a: 30-39 años (19 casos) y 40-49 años (21 casos). Encontrando un incremento a partir de la segunda década (13 casos), y un descenso a partir de la quinta década (15 casos) en adelante. Es raro en nuestro medio encontrarlo por debajo de los 20 años, al menos así lo demuestra nuestro estudio; solo se encontró un caso, el cual correspondió a una paciente femenina de 16 años muestra NO SIGNIFICATIVA. Su acmé máximo fluctúa entre los 35 a 45 años, eda

des en las cuales los problemas psicosociales y hormonales son más ostensibles.

En cuanto a la ocupación, el S.C.I., se observa más predominantemente en las amas de casa y en sujetos de actividad diversa (empleados); estos dos factores antes expuestos, son cuestionables ya que muchas de las veces, el hombre de la casa arguye la falta de tiempo o alguna otra premisa para no acudir a la consulta y solo lo hace, ante el temor de que el problema que le aqueja pueda ser grave; corroboramos de esta manera que es en el núcleo familiar donde recaen los problemas del día a día vivir y por consecuencia las amas de casa son las que se ven más afectadas. En cuanto a los factores económicos (salario), a diferencia de estudios nacionales y extranjeros, en los cuales se observa predominancia de salarios medio y altos, en nuestro estudio, predominó el salario mínimo con un 62.20% y secundariamente los salarios medio y altos.

El S.C.I. es considerado un trastorno psicosomático, los estudios actuales reportan un índice global del 72% de neurosis en pacientes con S.C.I. lo cual dice de la población supuestamente normal (1-2-4-8-10-11-12). Nuestro estudio corrobora estos datos; en nuestros pacientes estudiados, todos presentaron una o más variantes psicológicas -

depresivos), dietas, psicoterapia y actualmente se le ha dado gran auge a los reguladores de la motilidad gástrica (trimebutina) (13) y al Bioritmo (9), la eficacia parece ser buena, aunque aún es temprano asegurarlo.

En nuestro estudio, a todos los pacientes se les trató con los medicamentos usuales, no obteniendo diferencia significativa. Asimismo los pacientes previamente tratados y cuyo resultado fue nulo, corrobora que no hay medicamento efectivo para el S.C.I. Y sí en cambio obtuvimos mejor resultado terapéutico, al hacerlos más conscientes de su enfermedad y la forma de sobrellevarla a base de psicoterapia de apoyo; a pesar de que algunos pacientes (los previamente tratados), fueron reacios en aceptar dicha realidad.

Concluimos nuestro estudio con el proverbio ya mencionado por diversos autores dignos en la materia:

"El síndrome de colon irritable, es una enfermedad que no mata, pero que sí es muy molesta".

CONCLUSIONES

El S.C.I., en nuestra unidad (H.G.Z. # 1) de Cd. Obregón Sonora, en el presente estudio, ocupó el segundo lugar de todas las consultas otorgadas de primera vez en el servicio de Gastroenterología; si bien el índice es bajo (19.52%), es significativo.

El S.C.I., predomina en mujeres en proporción de 4:1. Asimismo, en cuanto a la edad, en nuestro estudio se observa un incremento de este síndrome a partir de la segunda década de la vida, teniendo su acmé máximo entre los 35 a 45 años, decreciendo posteriormente. El S.C.I., predomina también en los casados y menos frecuentemente en los solteros; en cuanto a la ocupación, predomina en las amas de casa y empleados.

En cuanto a los factores económicos, el S.C.I. en el presente estudio, su incremento más importante se observa en aquellos pacientes con salario mínimo y es menos frecuente en medios y altos.

Factores Psicológicos.- Se obtuvo un incremento importante (100%) de los factores psicológicos, como causa principal desencadenante de este síndrome, ya que todos los pacientes estudiados, presentaron una o más variantes estudiadas.

Se encontró, que existe una correlación signi

ficativa entre los signos clínicos y los factores psicológicos más frecuentes (ansiedad e inestabilidad emocional), en relación al resto de los factores estudiados. Asimismo, estos factores se observan en razón directa con la ocupación y el salario.

El cuadro clínico más frecuente en nuestro estudio lo constituye, el dolor abdominal, la constipación y el meteorismo y menos frecuentemente la flatulencia y la diarrea.

Se encontró también, asociación frecuente de los signos clínicos presentados, con aquellos pacientes que presentaban dos o más factores psicológicos, además de predominar en aquellos pacientes cuya ocupación y status los hace más lábiles y en aquellos pacientes a cuyo cargo tienen más responsabilidades, por ejemplo: Hogar/Empleo. Estudiante/Empleo, etc.

El tiempo de evolución de los pacientes estudiados fué variable, encontramos un mínimo de 3 meses y un máximo de 12 años, concluyendo que este padecimiento puede presentarse en cualquier época de la vida, lo que lo hace dependiente de la labilidad emocional de cada sujeto.

El S.C.I., se vió asociado frecuentemente con enfermedades cronicodegenerativas y muy particularmente se observó en pacientes con patología endocrina (obesidad). A más de que estos pacientes fue

ron los de mayor tiempo de evolución con S.C.I.

Por último en cuanto al tratamiento, se encontró que aquellos pacientes tratados previamente, - el mayor porcentaje tuvo resultados NULOS, en comparación con los NO tratados. DIFERENCIA SIGNIFICATIVA.

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

El presente estudio, demuestra que el S.C.I., es una entidad común en nuestro medio, cuyo(s) factor(es) predisponente(s) desencadenantes de este síndrome, son los factores psicológicos y de estos, la ansiedad y la inestabilidad emocional son los más comunmente encontrados en nuestra unidad.

Asimismo los factores socioeconómicos, desempeñan también un papel importante en el desarrollo de este síndrome, dando como resultado un cuadro florido en cuya intensidad y variabilidad de los síntomas, está sujeta a la labilidad emocional de cada sujeto (2-4-6-10).

Por lo antes expuesto, creemos pues, que es necesario una mayor concientización por parte del médico familiar al tratar pacientes en quienes se sospeche o se diagnostique Síndrome de Colon Irritable, ya que es en este primer contacto, donde radica el punto clave para hacer de nuestro paciente, un enfermo consciente de su enfermedad y la forma de sobrellevarla o bien un enfermo "del colon" perpétuo, en quien la angustia y la incertidumbre, lo llevará a la búsqueda de tratamientos sofisticados y muchas de las veces hasta terminar en actos quirúrgicos innecesarios; situación común en nuestra medicina actual y quienes la practican.

Por último se sugiere, un estudio más a fondo de estos pacientes con S.C.I., tomando como base - el NUCLEO FAMILIAR (vida diaria, relaciones interpersonales, roles, etc.), buscando la forma en que son afectados, ya que es aquí, donde recaen los - problemas del diario vivir.

O bien, dirigido a la búsqueda de un trata- - miento, si no ideal, si satisfactorio, adecuándolo a nuestra región y a los medios con que cuenta la unidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Haddad H. & Ghislain D. Trastornos en la motilidad en S.C.I. Clínicas Médicas de Norte América. 1386-1391 y 1402-1404. 1981.
- 2.- Thompson W.S. & Heaton K.W. Funtional Bowel - Disorders in aparently healty people. Gastroen-
terology 79:283-288, 1980.
- 3.- Fielding F.G. Síndrome de Colon Irritable, es-
pectro clínico. Clínica Gastroenterológica, -
Salvat Ed. 113-115. 1979.
- 4.- Jinich H. Aspectos Psicológicos de las Enfer-
medades Digestivas. Medicine, 299-303. Enero-
de 1983.
- 5.- Whitehead W.E. & Shuster M.M. Psychological -
management of the irritable bowel syndrome. -
Practical Gastroenterology 3:32. 1979.
- 6.- Almy T.P. Therapeutic Strategy in stress/rela-
ted digestives disorders. Gastroenterology - -
6:709-811. 1977.
- 7.- Bockus L.H. Enfermedades del colon. Gastroen-
terología 2o. tomo. Salvat Editores 754-799.-
1966.
- 8.- Villalobos J.J. Aspectos Psicológicos de las -
enfermedades del colon. Gastroenterología. -
1er. Tomo, Méndez Oteo 223-1980.

- 9.- Latimer P. & Sarna S. Colonic Motor & Mioelectrical activity a comparative study of normal subjects psychoneurotic patients with irritable bowel. *Gastroenterology* 80:893-901. 1981.
- 10.- Drossman D.A. & Sandler S.R. Bowel patterns - among subjets seeking healt care (Use a questionary to identify a population with bowel - disfunction. *Gastroenterology* 73:811-22. 1977
- 11.- Cerulli B.F. & Shuster M.M. Operating condition of colonic irritable bowel síndrome. *Clínicas Médicas de Norteamérica y Gastroenterology* (70:867 1976) 905-910. 1977.
- 12.- Vallejo N. Introducción a la Psiquiatría, Editorial Científico Médica Dossat Mexicana 9a. Edición. 1977.
- 13.- Arrubarrena A.V.M., Moctezuma M.V., Barney C. N. Trimebutina en el tratamiento de padecimientos gastrointestinales. *Rev. de Investigación Médica* 4: 425-1977.
- 14.- Fielding F.J. The Irritable Bowel Syndrome. - An Historial View. *Journal of the irish colleges of physicians and surgeons* 6:133 1977.
- 15.- Shuster M.M. Tratamiento de los trastornos - gastrointestinales por el método de Retroalimentación Biológica. *Clínicas Médicas de Norteamérica* 905-910. 1977.

- 16.- Almy P.T. *La Guerra contra el Colon Irritable. Clínicas Médicas de Norteamérica.* 1:209, 1978.
- 17.- Snape WJ, Carlson AM, Cohen S. *Colonic Myoelectric activity in the irritable bowel syndrome.* *Gastroenterology* 6:709-811. 1977.
- 18.- Cerulli B. F. & Shuster M.M. *Operating condition of colonic motility in irritable bowel syndrome.* *Gastroenterology* 70:867. 1976.
- 19.- Drossman D.A. & Powel D.W. *The Irritable bowel syndrome.* *Gastroenterology* 79:793-811. 1977.
- 20.- Alpers D.H. *Irritable Bowel-still more questions than answers.* *Gastroenterology* 80:1068-69. 1981.

TEST

- I.- Sexo: Masculino () Femenino ()
- II.- Edad:
- III.- Factores Sociales:
- A.- Estado civil:
- 1.- Casado ()
 - 2.- Soltero ()
 - 3.- Divorciado ()
 - 4.- Viudo ()
 - 5.- Unión Libre ()
- B.- Ocupación:
- 1.- Hogar ()
 - 2.- Empleado ()
 - 3.- Comerciante ()
 - 4.- Profesionista ()
 - 5.- Obrero ()
 - 6.- Ejidatario ()
 - 7.- Estudiante ()
 - 8.- Jornalero ()
- IV.- Factores Económicos:
- 1.- Menor al salario Mínimo ()
 - 2.- Salario Mínimo ()
 - 3.- Salario Medio ()
 - 4.- Salario Alto ()
- V.- Factores Psicológicos:
- 1.- Ansiedad ()

- 2.- Angustia ()
- 3.- Depresión ()
- 4.- Inestable Emocional ()
- 5.- Stress Continuo ()

VI.- Sintomatología Clínica:

- 1.- Dolor Abdominal ()
- 2.- Costipación ()
- 3.- Meteorismo ()
- 4.- Flatulencia ()
- 5.- Diarrea ()
- 6.- Otros ()

VII.-Tiempo de Evolución:

- | | |
|--------------|----------------------|
| 1.- 1/12 () | 7.- 7/12 () |
| 2.- 2/12 () | 8.- 8/12 () |
| 3.- 3/12 () | 9.- 9/12 () |
| 4.- 4/12 () | 10.- 10/12 () |
| 5.- 5/12 () | 11.- 11/12 () |
| 6.- 6/12 () | 12.- 1 año y más () |

VIII.- Enfermedades Concomitantes con S.C.I.

- 1.- Reumatológicas ()
- 2.- Hipertensión Arterial ()
- 3.- Endócrinas ()
- 4.- Cardiacas ()
- 5.- Pulmonares ()
- 6.- Otras ()

IX.- Tratamientos Previos:

- SI () NO ()

X. - Resultados: (Mejoría)

1. - Leve ()

2. - Moderada ()

3. - Nula ()

XI. - Tratamiento instituido por el Servicio de Gastroenterología:

a. - Sintomático ()

b. - Colinérgico ()

c. - Otros ()

XII. - Estudios complementarios solicitados por Gastroenterología:

a. - Coproparasitoscópico Seriado =

b. - Radiológico =

XIII. - Número total de consultas de primera vez -
(Registro Diario).