

32  
2ej. 11226



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES  
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
ISSSTE

**"RELACION ENTRE EL ESTADO  
PSICOLOGICO Y EL SINDROME DE COLON  
IRRITABLE RESPUESTA A  
DIVERSOS TRATAMIENTOS"**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA  
EN LA ESPECIALIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR  
P R E S E N T A N :  
DR. EDMUNDO HERNANDEZ QUINTO  
DRA. ANA PATRICIA SOTO VELAZQUEZ



**ISSSTE**

México, D. F.

**FALLA DE ORIGEN**

Febrero 1990



## **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 está 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

INTRODUCCION.....	1 pag.
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3
FISIOLOGIA DEL COLON.....	5
ETIOLOGIA.....	8
EPIDEMIOLOGIA.....	11
DATOS CLINICOS.....	13
PLAN DIAGNOSTICO.....	18
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	20
TRATAMIENTOS.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACION.....	29
OBJETIVOS.....	29
MATERIAL Y METODOS.....	30
CRITERIOS DE INCLUSION.....	31
CRITERIOS DE EXCLUSION.....	32
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	33
CONSIDERACIONES ETICAS.....	34
VARIABLES.....	35
METODOLOGIA.....	36
RECOLECCION DE LA INFORMACION.....	39
PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION.....	40
RESULTADOS.....	41
ANALISIS.....	44
CONCLUSIONES.....	48
ANEXO 1.....	51
ANEXO 2.....	53
ANEXO 3.....	54
ANEXO 4.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	61

## SINDROME DE COLON IRRITABLE

### INTRODUCCION:

El Síndrome de Colon Irritable (SCI) es una de las patologías que deben ser diagnosticadas adecuadamente en la consulta de primer nivel, ya que es una alteración que frecuentemente puede ser confundida con otras patologías de tipo orgánico, se puede ver que los conocimientos de esta entidad son muy variados por lo que ha sido llamado de muy diversas maneras tales como Colitis mucosa, Colitis nerviosa, Diarrea nerviosa, Disinergia de colon, Colopatía funcional, Enterocolopatía Funcional. (2, 3, 26)

Sería una simplificación extrema el tratar de atribuir todos los problemas a alteraciones funcionales y estructurales de la viscera así como alteraciones psicológicas o a la combinación de ambas ya que no es fácil separar lo orgánico de lo funcional, los síntomas son muy frecuentemente parecidos y hay varias situaciones en las que estos pueden entremezclarse íntimamente.

En este trabajo se tratan las alteraciones fisiológicas del intestino que no son directamente atribuibles a cambios estructurales. Se suele atribuir estas alteraciones a problemas emocionales, siempre debe tenerse en cuenta el componente emotivo que entra en juego en los pacientes con enfermedad orgánica, el miedo y el conocimiento de padecer una enfermedad orgánica da lugar frecuentemente a un estado angustioso intenso. Bajo estas circunstancias no es raro que pueda producirse diarrea y cólicos intestinales, el estímulo doloroso por sí mismo cualquiera que sea su origen puede producir impulsos secundarios (por intermedio del hipotálamo que causan síntomas y alteraciones secundarias).

Se debe tener en cuenta que las vísceras no se comportan como entidades aisladas, todos los síntomas son expresión de la interacción entre la actividad psicológica y fisiológica ya sea orgánica o funcional la causa de estos, ya se ha dicho que el colon es el órgano que expresa las emociones y las llamadas alteraciones funcionales colónicas son alteraciones primariamente nerviosas para algunos autores.

El SCI es un concepto que hoy padece una crisis de identidad. Recientes investigaciones señalan que el modelo psicofisiológico para el entendimiento del SCI puede no ser válido. Sus síntomas suelen ser un subconjunto de un problema más amplio que cumple los criterios DSM-III para la depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de somatización o trastorno de adaptación. El marco de comportamiento puede facilitar un tratamiento más eficaz para muchos pacientes con este cuadro. Una perspectiva biopsicosocial que complete los patrones familiares multigeneracionales de ansiedad, depresión y somatización del estrés podría ser una guía útil para el entendimiento y el tratamiento de pacientes que presenten síntomas digestivos relacionados con el estrés. (1, 8, 10, 17).

El método terapéutico con más posibilidades de producir los mejores resultados a largo plazo se centra principalmente en ayudar a los pacientes a enfrentarse con los trastornos emocionales y con las causas psicosociales del estrés y, secundariamente, en el alivio sintomático.

Aunque los médicos de asistencia primaria y los gastroenterólogos reconocen que el SCI es un fenómeno frecuentemente identificable en los estudios científicos han aportado datos fisiopatológicos inconsistentes en pacientes con sospecha de sufrir este síndrome. (1, 3, 4, 7, 11).

El SCI se define positivamente por su presentación clínica y negativamente por la exclusión de otros diagnósticos probables con pruebas de laboratorio y procedimientos diagnósticos. (1, 3, 4, 7, 11).

#### ANTECEDENTES HISTORICOS

El intestino y su función o disfunción ha sido para los médicos un motivo de preocupación constante. Se dice que Moses ben Maimon, el famoso médico del siglo XII, más conocido por Maimónides, aconsejó: "El hombre debe luchar constantemente para tener relajados los intestinos durante todos los días de su vida". La primera descripción de intestino espástico en lengua inglesa la atribuye Ryle a John Howslip, quien en 1830 escribió un libro titulado "Practical Remarks on the Spasmodic Stricture in the Colon Considered as an Occasional Cause of Habitual Confinement of the Bowel." Charles Darwin sufrió el estigma de la enfermedad digestiva hipocondríaca crónica, aunque Sir Peter Medawar ha fundamentado que los síntomas de Darwin podrían haber estado producidos por el síndrome de "megaintestino". Los escritores europeos de principios de siglo consideraban muy infrecuente el espasmo intestinal funcional. En aquel momento la parálisis histórica parecía una reacción común al estrés. Curiosamente las expresiones de trastornos emocionales están sujetas a modos cambiantes. Durante la Primera Guerra Mundial la caja de resonancia popular era el corazón, y la reacción común era la "astenia neurocirculatoria" o "corazón de soldado". En la Segunda Guerra Mundial esto se olvidó por completo. Según Palmer, se realizó un esfuerzo deliberado por parte de las autoridades médicas militares para eliminar el concepto de neurosis cardíaca. No es sorprendente que el estrés encontrara expresión en otro sistema orgánico, el tubo digestivo. Mientras tanto evolucionaron los conocimientos de los trastornos gastrointestinales funcionales en las comunicaciones de Alvarez, Bockus y Williard, Hurst, Jordan y Kieffer, y Spriggs, entre otros. Recientemente han contribuido notablemente en esta cuestión Almy, Chaudhary y Truelove, Connell, Palmer, y Waller y Miesiewicz. Este ensayo se apoya en la anterior exposición del tópico por el autor. (2, 19, 25, 26).

La Dra. Sara Jordan, que fue durante muchos años el número uno de la gastroenterología en la Lathey Clinic de Boston, observó que en medicina el grado de conocimientos exactos es inversamente proporcional a la verborrea de las designaciones y a la prolijidad de la patogénesis. (2).

Los cambios en la motilidad intestinal fueron descritos por Almy en las décadas de los 40s. donde demostró que el dolor se asociaba con alteraciones en la motilidad, además de mostrar que en pacientes con la variedad de colon espástico tenían un marcado incremento en esta motilidad y los que tenían la variedad de diarrea nerviosa presentaban una marcada disminución en la motilidad. estos datos fueron afirmados por Truelove y Choudhary. (2, 19, 25).

#### FISIOLOGIA DEL COLON:

Las funciones del colon son : 1) absorción de agua y electrolitos del quimo, y 2) almacenamiento de materias fecales hasta el momento de su expulsión . La primera mitad del colon interviene principalmente en la absorción, y la segunda mitad en el almacenamiento. Puesto que ninguna de las dos cosas requiere movimientos intensos, las contracciones del colon suelen ser perezosas. Sin embargo, dentro de esta lentitud, los movimientos conservan las características de los de intestino delgado y pueden subdividirse, una vez más, en mezcladores y propulsores. (2, 12).

Movimientos mezcladores: "Haustros". Así como ocurren movimientos de segmentación en el intestino delgado, el intestino grueso presenta grandes constricciones circulares. En cada uno de estos sitios de constricción se contraen unos 2.5 cm de pared cólica llegando a veces a suprimir totalmente la luz. Al mismo tiempo, las fibras longitudinales que se encuentran condensadas en tres bandas longitudinales, llamadas tónias del colon, se acortan. Las contracciones combinadas de las fibras lisas circulares y longitudinales hacen que las porciones no estimuladas de intestino grueso se abomben hacia afuera para formar haustros o saculaciones. Así, las materias fecales de intestino grueso resultan trituradas y movidas como la tierra labrada. Poco a poco toda la materia fecal entra en contacto con la superficie del intestino grueso; el líquido se absorbe progresivamente, y sólo 80 a 150 ml. de quimo de los 1500 iniciales son expulsados con los excrementos. (12).

Movimientos de propulsión: "Movimientos en masa". El tipo de ondas peristáltica que se observan en el intestino delgado rara vez ocurren en la mayor parte del colon. En lugar de ello, la propulsión se lleva a cabo principalmente por 1) las contracciones haustales comentadas y 2) los movimientos en masa.



La mayor parte de la propulsión en el ciego y colon ascendente depende de las contracciones haustrales, lentas pero persistentes, que requieren hasta ocho a 15 horas para mover el quimo desde la válvula ileocecal hasta el colon transversal, en tanto que el quimo en si se hace fecal y se transforma en una masa semisólida en vez de semilíquida.

Del colon transversal al sigmoides la propulsión se lleva a cabo por los movimientos en masa. Estos movimientos suelen ocurrir unas cuantas veces al día solamente y son más abundantes durante unos 15 min. en la primera hora después del desayuno.

Se llama movimiento masivo a un tipo modificado de peristalsis que se caracteriza por la siguiente sucesión de acontecimientos: en primer lugar, se produce un anillo de constricción en un punto distendido o irritado del colon, por lo general el transversal, y a continuación se desplaza con rapidez por 20 o más centímetros de colon distal hacia el sitio de constricción a manera de unidad, forzando a la materia fecal de este segmento en masa a proseguir por el colon. El inicio de la contracción es completo en 30 segundos; en seguida, ocurre la relajación durante los siguientes dos o tres minutos antes que se presente otro movimiento en masa y esta vez probablemente a mayor distancia del colon. Pero la serie total de movimientos en masa suele persistir sólo 10 minutos a media hora, y regresarán quizá medio o incluso un día después.

Defecación: La mayor parte del tiempo el recto está vacío de heces. Esto depende, en parte, de que exista un esfínter funcional débil aproximadamente de 20 cm del ano en la unión entre el sigmoides y recto. También hay aquí una angulación súbita que contribuye a la resistencia adicional al llenado del recto. Sin embargo, cuando un movimiento en masa fuerza al excremento hacia el recto, se inicia normalmente el deseo de defecar constituido por la contracción refleja de éste y la relajación de los esfínteres anales.

Se impide el paso continuo de materia fecal por el ano gracias a la constricción tónica de :1) el esfínter anal interno, masa circular de músculo liso que se encuentra inmediatamente por dentro del ano, y 2) el esfínter anal externo, compuesto por músculo estriado (voluntario) que rodea al esfínter interno y que también se extiende en sentido distal desde el mismo. El esfínter externo se encuentra bajo la regulación de fibras nerviosas que viajan por el nervio pudendo, que es parte del sistema nervioso somático, y por lo tanto se encuentra bajo control consciente voluntario. (12).

Reflejos de Defecación: De ordinario los reflejos de defecación son los que inician el vaciamiento del contenido rectal, y el fenómeno puede describirse como sigue: cuando entra excremento en el recto, la distensión de la pared rectal inicia señales aferentes que se extienden por el plexo mientérico para iniciar ondas peristálticas en el colon descendente, colon sigmoideos y recto, y que fuerzan al excremento hacia el ano. Al aproximarse la onda peristáltica a este último, se inhibe el esfínter anal interno por acción de nervios inhibitorios, y se relaja el esfínter anal externo ocurre la defecación del propio colon. Sin embargo, en sí el reflejo intrínseco de la defecación suele ser débil, y para que sea eficaz debe verse reforzado por otro tipo de reflejo de defecación, el llamado reflejo parasimpático de defecación. Cuando se estimulan las fibras aferentes del recto se transmiten señales hacia la médula espinal y, desde ésta, de manera refleja, vuelven hacia colon descendente, colon sigmoideos, recto y ano por las fibras nerviosas parasimpáticas de los nervios pélvicos. (12).

Estas señales parasimpáticas intensifican en gran medida las ondas peristálticas lo mismo que la relajación del esfínter anal interno, y convierte el reflejo intrínseco de relajación, hasta este momento un movimiento débil e ineficaz en un proceso poderoso de evacuación del intestino que a veces tiene eficacia para vaciar el colon en un solo movimiento a todo lo largo desde el ángulo esplénico hasta el ano. (2, 12, 26).

#### ETIOLOGÍA:

Se desconoce la causa de hiperactividad en el intestino irritable, pero se han reconocido algunos estímulos hacia los que el intestino reacciona. Estos estímulos varían y sus efectos sobre el intestino son diferentes de persona a persona, y en un mismo paciente con el tiempo.

Estudios que han realizado algunos autores al examinar expedientes de pacientes, encontraron que la sensibilidad inherente los ha impresionado por su frecuencia con que se han producido distintas expresiones del trastorno digestivo funcionales durante su vida y en muchos casos que proviene desde la niñez. El ambiente que rodea a los niños suele contribuir a los posteriores trastornos intestinales del adulto, los pacientes suelen recordar una madre demasiado solícita con la acción intestinal durante su niñez. Desde luego, la actitud hacia la dieta suele tener su origen en asociaciones de la niñez, agradables y desagradables. Los padres demasiado intransigentes engendran niños delicados. (17, 10).

Otra de las causas a las cuales se ha relacionado es la dieta y el uso de fármacos. Indudablemente el intestino se comporta o actúa mal, hasta cierto punto, de acuerdo con las propiedades físicas y químicas de los alimentos ingeridos. Se ha mencionado la respuesta intestinal hacia distintos agentes humorales, principalmente la gastrina, secretina, colecistoquinina y glucagón, que a su vez son estimuladas por el volumen y contenido de los alimentos. No se ha podido establecer si las alteraciones intestinales sean debidas a mecanismos humorales desordenados o sean excesivamente sensibles a los efectos de estos agentes.

Se sabe que los intestinos irritables muestran un reflejo gastroenterico hipertónico en respuesta a los alimentos.

El exceso de carbohidratos y ácidos grasos de cadena larga pueden provocar diarrea osmótica, lo cual contribuye a los síntomas de colon irritable. Peña y cols. encontraron una mayor frecuencia de intolerancia a la lactosa que en la población general. (2, 12).

La cafeína, consumida a veces en cantidades prodigiosas por bebedores habituales de café y cola, es un culpable común. Confeccionar una lista de medicamentos que puedan agravar un intestino irritable sería casi interminable. En la práctica, entre los más frecuentes se puede citar la digital, propranolol, quinidina, y los agentes antihipertensores, principalmente la guanetidina, hidralacina, y reserpina. (2, 8, 24).

Factores emocionales: Para confirmar la extendida expresión clínica de que muchas personas afectadas por trastornos intestinales funcionales tienden a mostrar rasgos neuróticos varios investigadores han intentado valorar el estado emocional de estos pacientes. Esler y Goulston encontraron evidencias de ansiedad aumentada por pruebas psicométricas y por los elevados niveles de adrenalina urinaria, especialmente en pacientes con un síndrome de diarrea. (10). Mendeloff y cols. obtuvieron gran número de resultados apesadumbrados y consistentemente más altos de estrés en sujetos con colon irritable que en la población general, o incluso en comparación con enfermos de colitis ulcerosa. (2). Almy demostró claramente que el tono colónico es susceptible a los estímulos psicogénicos iniciados por una entrevista cargada emocionalmente. (2, 3). Wangel y Deller confirmaron posteriormente esta teoría diferenciando que la tensión emocional en colon irritable era probablemente un factor agravante y no una causa primaria. (2, 13) Chaudhary y Truelove no encontraron diferencias importantes en la proporción de sujetos con respuestas positivas en testigos normales y pacientes con colitis ulcerosa y pacientes con colon irritable, aunque en trastornos afectivos son frecuentes los intestinos funcionalmente alterados, nadie ha definido aún un patrón peculiar o distintivo de respuesta o comportamiento emocional en pacientes que sufren el SCl. (2, 19, 28).

Un punto importante es que el trastorno intestinal funcional no es sinónimo de neurosis.

Factores no demostrados o refutados: La alergia a los alimentos es una causa menor e infrecuente. Es cierto que la reacción hacia un particular alimentos que presenta un paciente puede ser contraria a la de la gente en general, pero esto no significa una reacción antígeno-anticuerpo real. La diarrea que sigue a la ingestión de una ensalada de lechuga no necesita una explicación inmunológica, la alergia real a los alimentos, cuando ocurra, suele ir acompañada de abundantes signos concomitantes de hipersensibilidad en otros sistemas como una erupción cutánea. La infección por microorganismos, ya sean ordinarios o exóticos, perdió hace tiempo su popularidad como explicación para los trastornos intestinales funcionales. No existen pruebas de que la flora colónica de pacientes afectados con una sensibilidad intestinal excesiva sea distinta en cantidad o tipo de la perteneciente a personas normales. Las imperfecciones mecánicas en el tamaño, forma o disposición de los intestinos no parecen favorecer los trastornos intestinales funcionales. Las denominadas visceroptosis, colon combado y ciego móvil son explicaciones inconsistentes para los síntomas de un intestino irritable y nunca debe intentarse un ajuste quirúrgico. Es cierto que en casos excepcionales un colon excesivamente grande y extenso puede contribuir al estreñimiento escibaloso, pero este puede tratarse por distintos medios que la colectomía segmental. (2, 26).

#### EPIDEMIOLOGIA:

Los trastornos intestinales funcionales constituyen las molestias digestivas más frecuentes que los pacientes explican a los médicos de cabecera, internistas y gastroenterólogos, también son frecuentes, aunque no siempre reconocidos, en los despachos de cirujanos y ginecólogos. Más del 50% de los pacientes examinados en clínicas gastrointestinales muestran estos trastornos de una forma u otra. (5, 6, 7). Esta alteración se manifiesta en niños y adolescentes más amenudo de lo que parece y constituyen por lo menos algunos de los apéndices fríos extirpados a los jóvenes.

Los datos epidemiológicos arrojan cierta luz sobre la naturaleza del SCI. Su prevalencia varía entre un 10 y 20 % en estudios generales de población, dependiendo en gran manera las estimaciones de cómo se defina el síndrome, una gran parte de la variación en la prevalencia también puede ser atribuida a diferencias culturales en cuanto a la manera en que los síntomas digestivos son interpretados, experimentados, expresados y respondidos por las personas y por otras en su entorno. La tasa de prevalencia mujer-hombre varía entre 2:1 y 4:1 en la experiencia clínica occidental, en contraste con las proporciones de 1:5 a 1:3 en la India y en Sri Lanka donde las mujeres solicitan asistencia médica mucho menos frecuentemente que en las culturas de Occidente. Los síntomas son experimentados por pacientes de todas las edades, comenzando casi siempre hacia los 20 a 40 años de edad, con una edad media de comienzo establecida a finales de la tercera década (27-29 años). (2, 3, 5, 6, 7, 14).

El SCI parece una enfermedad de incidencia familiar presentando componentes genéticos como de conducta aprendida, probablemente en proporciones que varían en cada persona. Un niño que observe cómo uno de sus padres, o ambos, desarrollan síntomas gastrointestinales cuando están estresados presenta un mayor riesgo de desarrollar el síndrome, ello implica que los factores ambientales podrían contribuir más que la predisposición genética al desarrollo de los síntomas del SCI.

Menos de la mitad de los individuos que presentan síntomas acuden al médico por este problema, ignorando o minimizando la mayoría de ellos los síntomas o confiando en remedios caseros y en medicamentos recetados para otras enfermedades, y tienden a acudir en busca de ayuda a terapeutas no médicos que las personas con enfermedad de Crohn o problemas digestivos altos orgánicos.

#### DATOS CLINICOS:

Síntomas: Las dolencias o quejas de los pacientes por orden de frecuencia suelen estar dirigidas hacia: a) molestias abdominales, b) frecuencia errática de la acción abdominal y c) variación en la consistencia fecal. Estas dolencias pueden producirse individualmente o con más frecuencia en combinación. Suelen existir síntomas acompañantes referidos al tubo digestivo, como un nudo en la garganta, náuseas, pirosis, eructos y flatulencia, y a otros sistemas, como vértigo, palpitaciones, falta de aliento y frecuencia urinaria. Igualmente frecuentes son la debilidad, fatiga, tedio, y letitud.

Molestias abdominales. La intensidad de las molestias abdominales funcionales cubre una amplia gama desde la incomodidad fastidiosa hasta el dolor intenso, varían de un paciente a otro y de un día a otro en el mismo paciente. Las molestias no suelen tener una localización definida, por el contrario, el paciente indica la localización de las molestias moviendo la mano extendida, en contraste con el paciente de úlcera péptica que emplea la punta de un dedo para señalar un foco. No obstante, el espasmo de colon suele percibirse en el cuadrante abdominal inferior izquierdo y en el epigastrio, con menos frecuencia puede concentrarse en el abdomen inferior derecho; a veces puede remitirse a la región inferior de la espalda, costados, y muslos. Esto se explica por el tirón que produce el intestino distendido o espástico sobre el mesenterio, el dolor que procede de un colon distendido por gases suele percibirse en cualquiera de los dos hipocondrios, pero más frecuentemente en el izquierdo. (2, 3)

Las variaciones en las características de las molestias están únicamente limitadas por el vocabulario del paciente, adjetivos frecuentes son calambres, retortijones, ardor, torciones y nudos. Es frecuente una sensación de plenitud, pesadez o presión.



Las molestias de los trastornos intestinales funcionales no se ajustan a un patrón diurno alguno ni suelen presentar relación con las comidas, posición o ejercicio. El paciente suele encontrarse mejor con el estómago vacío que con el estómago lleno, en algunos casos las molestias son menores por la mañana y tienden a acrecentarse por la tarde. Puede constituir una excepción el paciente deprimido que por la mañana se encuentra derrotado por el hecho de enfrentarse con un nuevo día. Los pacientes acostumbrados a admitir que no perciben molestias mientras que se encuentran ocupados en sus tareas diarias y vuelven a encontrarse mal cuando el ocio de las últimas horas de la tarde les permite pensar en sus intestinos. (13, 20). En algunos pacientes los calambres abdominales cesan al evacuar, pero otros niegan la existencia del efecto. Estas molestias suelen ir acompañadas de insomnio, pero cuando consiguen dormirse no acostumbran despertarse a causa de dolor abdominal. Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento es importante encontrar factores que provocan o agravan el malestar. Encabezando la lista están las circunstancias que conllevan trastornos emocionales. Ejemplos corrientes son los desórdenes entre las relaciones interpersonales, muerte o enfermedad de familiares o amigos perdida o cambio de trabajo, divorcio y disfunciones familiares. Palmer describió una técnica de entrevista eficaz en estas áreas sensibles que destaca la importancia de permitir al paciente libre comunicación y de reprimir los juicios de estimación. (3) El paciente puede creer, pero nunca el médico, que los síntomas no suelen coincidir exactamente con la tensión emocional. Como se ha señalado, los síntomas reactivos no suelen coincidir con la cumbre de la tensión, sino que aparecen posteriormente cuando la crisis ha pasado. (10, 11, 13). En las mujeres las molestias abdominales funcionales suelen aumentar antes (tensión, premenstruación) o durante la menstruación, esto no debe considerarse significativo de la endometriosis intestinal.

La fatiga, particularmente la astenia que sigue a las enfermedades infecciosas y febriles (especialmente las tratadas con agentes antibióticos de amplio espectro) suele estar marcada por una función intestinal desordenada.

Acción intestinal errática. Son corrientes las alteraciones en la frecuencia de los movimientos intestinales con respecto a lo que se considera normal, ya sea por exceso o por defecto. Lo que desorienta al paciente es la frecuente y aparentemente paradójica tendencia a alternar diarrea con estreñimiento. Por estreñimiento el paciente puede referirse a la simple falta de urgencia o una disquecia escibalosa (expulsión difícil de heces duras y guijarrosas). La diarrea puede describirse como evacuaciones líquidas o expulsiones múltiples de heces pequeñas y fragmentadas. El tratamiento adecuado dependerá de una valoración precisa de la acción intestinal aberrante. (2).

Heces anormales. La consistencia de la heces es tan variable como su frecuencia. Esto, junto con las diferencias en color y estructura, suele alarmar al paciente ansioso, para quien la heces líquidas significan una pérdida de nutrición y las pequeñas heces fragmentadas significan vías obstruidas, el moco visible, a veces expelido en forma de largas tiras o hebras es igualmente inquietante. A veces el paciente confunde el moco por tejido y teme una desintegración interna. Las heces sanguinolentas, ya sea la sangre roja o negra, nunca pueden atribuirse a un trastorno intestinal funcional.

La flatulencia es frecuente. Cuando el colon descendente está espástico, el gas atrapado sólo puede flanquear las curvaturas en horquilla con dificultad, la curvatura esplénica hinchada tira del ligamento frenocólico (por tanto el dolor se extiende al tórax izquierdo), afecta al hemidiafragma izquierdo (por tanto, sensación de inspiración limitada y consiguiente falta de aliento) y produce reverberación en el corazón. (2, 3, 26).

Signos físicos. No existen signos físicos que puedan considerarse patognomónicos de un trastorno intestinal funcional, pero hay varios bastante sugestivos. El paciente cuyo primer apretón de manos es frío y húmedo es un candidato probable, así como el paciente que se obstina en llevar gafas oscuras dentro de casa en un día nublado. La caracterización llamativa de su forma de arreglarse o los amaneramientos afectados suelen revelar una personalidad insegura. Observaciones importantes durante el examen suelen ser la voz temblorosa, las risas inadecuadas, los lamentos precipitados y la tensión de las manos. (2, 3, 26).

Una de las características físicas más notables es la condición nutritiva sana del paciente a pesar de los muchos daños de trastornos digestivos.

El abdomen, plano o abultado, suele ser blando. Puede haber exceso de timpanismo en el ciego o en ambos hipocondrios. Suele palparse un espasmo sensible a lo largo del curso anatómico del colon, especialmente en los segmentos descendente y sigmoideo del cuadrante abdominal inferior izquierdo y el el ciego en el derecho. Todos los segmentos intestinales distendidos sensibles reaccionan dolorosamente al descomprimirlos de forma repentina.

Suelen encontrarse cicatrices de antiguas operaciones quirúrgicas en el abdomen de pacientes con una larga historia de trastornos intestinales funcionales. (2).

El examen digital del recto suele caracterizarse por actividad y espasmos molestos. En pacientes con trastornos intestinales funcionales la ampolla rectal suele estar ocupada por heces en lugar de estar vacía, como debería de ser.

En pacientes con síntomas intestinales es esencial la proctosigmoidoscopia. En pacientes con trastornos intestinales funcionales la mucosa está intacta, lisa y brillante. A medida que el sigmoidoscopio avanza, suele encontrarse espasmos. Suele ser difícil traspasar el ángulo rectosigmoide. Cuando se ve la tensa contracción del sigmoide, el paciente suele señalar que así se

reproduce el dolor abdominal inferior. Esto ayuda a verificar el mecanismo de los síntomas tanto para el examinador como para el examinado. Suele verse moco en cantidad, pero esto no es signo diagnóstico distintivo. (18).

Historia Familiar. Aunque existen pocos documentos sobre el alcance de su patrón familiar, el SCI presenta una incidencia familiar. La historia familiar de los pacientes con SCI también rebela mayor prevalencia de ansiedad ("mal de los nervios") y depresión y no de la enfermedad intestinal inflamatoria. La ansiedad sobre el significado de los síntomas es mayor si existen antecedentes familiares de cáncer de colon o de estómago. La historia se puede investigar y registrar rápidamente en forma gráfica como genograma o árbol familiar. (3).

Historia Social. Los estudios han confirmado la sospecha clínica de que los factores psicosociales contribuyen en gran medida a la aparición del SCI. Los acontecimientos que supongan graves amenazas para la vida, en especial pérdidas y decepciones que dan lugar a un aumento de la ansiedad en los meses previos al comienzo de los síntomas, son reconocidos mucho más a menudo por pacientes con SCI que por aquellos con enfermedades gastrointestinales orgánicas más graves. (13, 28).

Algunas preguntas que se pudieran realizar para demostrar la acción de factores o complicaciones psicosociales en el SCI serían: 1) Que cambios ocurrieron en su vida durante las semanas o meses previos a la aparición de sus síntomas? 2) Que diferencias existen entre el momento presente y su vida antes de tener estos síntomas? 3) Que cosas haría de diferente manera si no tuviera estos síntomas? 4) De que modo han afectado tus síntomas las otras personas o han cambiado tu relación con ellas? 5) Cual de tus familiares se muestra más preocupado por tu problema?. (10, 11, 13, 19).

PLAN DIAGNOSTICO: Después de haber realizado una historia clínica adecuada y una exploración física minuciosa tratando de descartar patología orgánica; se pueden realizar estudios paraclinicos como son pruebas de laboratorio y técnicas diagnósticas, las principales posibilidades de enfermedad orgánica a descartar son diverticulitis, parasitosis, intolerancia a la lactosa, enfermedad intestinal inflamatoria y cancer de colon. Para este fin se practican una gran cantidad de exámenes de laboratorio y gabinete que incluyen: Biometria Hemática completa, Velocidad de Sedimentación Globular, Electrolitos Séricos, Química Sanguínea. Pruebas de Funcionamiento Hepático, Amilasa, Triglicéridos, Examen General de Orina, Colecistografía, Colon por Enema, Ultrasonografía Hepática y Vías Biliares y Páncreas, Coprocultivo, Coproparasitoscópico, Pruebas de tolerancia a la Lactosa, Endoscopia Gastrointestinal, Rectosigmoidoscopia, Colonoscopia, hasta Tomografía Axial Computarizada y Toma de Biopsia de Intestino. Estos estudios se realizan porque la mayoría de pacientes tienen síntomas crónicos y recurrentes, y estan preocupados ante la posibilidad de enfermedades orgánicas serias, especialmente cáncer. Pero todos estos estudios causan un enorme gasto ya sea para el paciente como para una institución, obteniendose al final datos negativos en sus resultados. Debido a esta circunstancias Krus y col. proponen una prueba basada en datos sintomatológicos y exámenes de laboratorio considerados de bajo costo para el diagnóstico, dicha prueba tiene gran especificidad para la diferenciación entre SCI, de enfermedades orgánicas lograndose una especificidad del 99%. (15).

Exámenes radiográficos. En pacientes con trastornos gastrointestinales funcionales no se espera encontrar anomalidades estructurales o anatómicas en los segmentos del tubo digestivo perfilados radiográficamente. Se ha descrito una hipertonicidad excesiva del segmento del colon sigmoide

descendente con estenosis sin haustrós que semejan el contorno de colitis ulcerosa observadores interesados han comentado que los haustrós anormalmente profundos y poco espaciados sugieren una colonopatía funcional. Un estudio progresivo con papilla en muchos de estos paciente con el SCI también mostrará signos de inestabilidad motora en el intestino delgado. (25).

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Los trastornos intestinales funcionales pueden imitar casi todas las enfermedades posibles por debajo y algo por encima del diafragma. El testimonio de este hecho lo constituyen las múltiples cicatrices que suelen encontrarse en la pared abdominal. Entre las condiciones que suelen confundirse están:

Enfermedad diverticular del colon. Una complicación inflamatoria realmente aguda de los divertículos suele estar caracterizada por fiebre y leucocitosis, además de la presencia de un bulto sensible en el cuadrante abdominal inferior izquierdo. Los cuadros de diverticulitis aguda que duran varios días o semanas suelen estar separados por largos intervalos libres de síntomas. Cuando la presencia de divertículos evidentemente no complicados coincida con un colon irritable, la atención debe dirigirse a este último. (2, 26).

Neoplasia intestinal. En este caso hasta el médico más experimentado puede incurrir en los errores más graves. Pequeños tumores benignos escondidos en el intestino delgado pueden producir síntomas de obstrucción intestinal intermitente parcial durante muchos años. Todos los síntomas de cáncer de colon pueden duplicar los síntomas característicos del trastorno intestinal funcional. Existe un riesgo especial para el paciente cuyo intestino irritable es tan familiar para el médico que la aparición del carcinoma de colon evoluciona sin reconocimiento. El paciente anciano, cuanto más corta es la historia mayor es la posibilidad de cáncer. Al paciente que afirma haber disfrutado de un hábito intestinal regular sin molestias abdominales hasta pocas semanas o meses antes de acudir al médico necesita que se le efectúe un estudio práctico muy completo. La aparición de hemorragia intestinal en cualquier forma impone una obligación similar.

Es importante recordar que los pacientes con cáncer de colon no suelen perder peso ni presentar otros síntomas de enfermedad general hasta que la enfermedad está muy avanzada. Además, algunos tumores vellosos del colon, aunque infrecuentes, pueden expulsar moco en gran cantidad, lo que puede confundirse con "colitis mucosa". (2, 26).

Colitis ulcerosa. Va casi invariablemente acompañada de hemorragia rectal, y los cambios mucosos típicos de la colitis ulcerosa se identifican con una proctosigmoidoscopia.

Enfermedad de Crohn. Las principales características distintivas suelen ser la juventud del paciente y los signos de enfermedad general, anemia notable, fiebre y debilidad.

Trastornos de malabsorción. El curso de la esprue o la enfermedad celiaca adulta puede ser prolongado, pero se caracteriza por inanición progresiva. El paciente puede quejarse de hinchazón, aunque casi nunca de dolor. La diarrea de el esprue no es explosiva ni líquida; al contrario, las heces son blandas y se evacuan con suavidad. La característica de las heces de el esprue es su extraordinario hedor y su contenido graso. (26).

Úlcera péptica y enfermedad de vías biliares. Son muy corrientes y suelen coexistir con enteropatías funcionales. Poseen síntomas característicos que no suelen crear confusión cuando una de ellas acompaña a un trastorno funcional.

Procesos ginecológicos. Si una mujer de mediana edad con intestino irritable no presenta una cicatriz de apendicectomía, suele presentarla en la línea media inferior del abdomen, lo cual indica una intervención en la pelvis. La razón dada fue la extirpación de quiste de ovario o de fibroides generalizados. Se interpretó el trastorno intestinal funcional y se atribuyó erróneamente a un ovario o un útero inocentes. La frecuencia urinaria y la disuria suelen acompañar a un intestino irritable y suelen constituir el equivalente urinario de un trastorno funcional. Desgraciadamente estos síntomas urinarios pueden tratarse indistintamente con antibióticos que, a su vez agravan el intestino irritable. (2, 3).



### TRATAMIENTOS:

No existe un tratamiento específico que haga que se observe una reducción en la motilidad o bien que afecte el curso clínico del síndrome, debido a que no existe una anomalía orgánica totalmente comprobada.

De manera general en el abordaje terapéutico debe ser considerados varios puntos de importancia:

- a) El remover el síntoma no es la parte más importante de la terapia sino que el paciente tenga ajustes para poder vivir con una condición crónica.
- b) El paciente debe ser visto con credibilidad y certidumbre, evitando que el médico vea este padecimiento como totalmente mental.
- c) Evitar caer en complacencia por parte del médico, que pueda ocasionar que tenga menor sensibilización para descubrir nuevas enfermedades.
- d) Evitar el efectuar juicios prematuros que puedan ser superficiales.
- e) Intentar modificar cualquier factor de estrés ambiental y mejorar la actitud del paciente a esos factores. (9, 22).

Teniendo en cuenta estos puntos se debe trazar un plan general de tratamiento que debe incluir:

La relación médico-paciente. Al igual que otros problemas de salud con importantes componentes psicosociales, la base de un tratamiento eficaz es el establecimiento de una sólida relación médico-paciente, con un paciente responsable y de fácil respuesta depositando su confianza en un médico atento, que se comunique de manera franca y clara con él. La posibilidad de un falta de comunicación, de entendimiento y de indiferencia o antipatía por el médico es alta en los pacientes con SCI, que podrían responder escasamente a uno o a todos los tratamientos y permanecer sintomáticos durante años. (3).

**Educación del paciente.** El propósito central de la educación del paciente consiste en una explicación clara sobre la manera que tiene el médico de entender el problema del paciente. A su vez, el entendimiento del paciente constituye la base de la mencionada cooperación, necesaria para unos resultados terapéuticos óptimos a largo plazo. Al paciente se le puede asegurar más confiadamente la improbabilidad de que sufra una enfermedad grave después de obtener pruebas de resultado negativo. Los tumores o las preocupaciones específicas, en especial, el cáncer, también son mejor comentados en detalle cuando se dispone de los resultados de las pruebas. (3, 6).

**Manejo del estrés y recomendaciones.** El médico de atención primaria interesado y que posea una formación y experiencias suficientes probablemente podría ayudar a algunos pacientes refractarios, aportándoles consejos y tratando de que manejen adecuadamente su estrés a lo largo de una serie limitada de visitas breves de 20 a 30 min., espaciadas 1 a 4 semanas entre sí, con ocasionales sesiones "de refuerzo", a continuación si fuera necesario. Si se piensa que los factores familiares tienen una destacada participación en las dificultades del paciente, puede resultar positivo hacer venir a los familiares íntimos del paciente para una conferencia familiar con propósitos valorativos y terapéuticos. Esta puede ser una valoración e intervención única o la primera de una serie de visitas, con el fin de aconsejar a la familia. (3, 13).

**Dieta.** Hay que detectar previamente posibles intolerancias a la lactosa, por ejemplo, la asociación de síntomas o agravamiento de ellos al ingerir lácteos, debe también evitarse la ingesta de frijoles y leguminosas, col y otras sustancias que contengan carbohidratos no digeribles, como son los almidones, todo esto para evitar la flatulencia que es una gran problema. El uso de fibra en la dieta se recomienda para la constipación, prefiriéndose el uso de semillas de psyllium plantago hidrofílico, donde se encuentra empíricamente que es efectiva tanto para los casos de constipación, como para los cuadros diarreicos, y se

recomienda en especial por su ausencia de efectos secundarios.(2).

Medidas físicas. El uso de agua caliente, ejercicios, periodos de descanso tienen beneficios individualizados a las necesidades del paciente.

Terapia Medicamentosa. Se basa en varios medicamentos, los cuales son:

a) Medicamentos anticolinérgicos. Estos fármacos tienen teóricamente un beneficio por la reducción de espasmo segmentario del colon y de la constipación y el dolor, en muchos años han tenidos buenos resultados combinandolos con otros fármacos, pero en un estudio reciente se hizo un revisión de 400 escritos con 18 diferentes anticolinérgicos, pero ninguno de estos fue metodologicamente bien llevado, ya sea por ausencia de controles, mala interpretación de datos o analisis inadecuados. Asi la evidencia del valor clinico de los anticolinérgicos es dudosa, y se dice que su mayor utilidad es en el colon espástico.(19, 22).

b) Bloqueadores de los canales del calcio. Estos son medicamentos de uso reciente, para la relajación del músculo liso, con el fin de evitar también los espasmos del colon, pero aun no hay estudios para la valoración de su eficiencia.(6, 19).

c) Benzodiazepinas. Tienen también reciente popularidad, recomendandose su uso de manera individualizada a las necesidades del paciente.(19).

d) Antidepresivos. El uso de estos medicamentos también puede ser de ayuda en ciertos pacientes que manifiesten principalmente síntomas depresivos.(1, 3, 11).

e) Varios. Hay otros fármacos cuyo uso es experimental, o bien se emplea de manera aislada en los reportes, como son el uso de hidantoina para la relajación del músculo liso, la colestiramina, sales de aluminio y los derivados opiáceos, que tienen efectos dudosos.

Psicoterapia. Este es un metodo que ha demostrado eficacia al igual que la hipnoterapia, pero regularmente estos no se recomiendan a menos que el estado emocional del paciente lo amerite.(3).

Otras medidas terapéuticas. Se hizo un estudio donde se encontró que el paciente con SCI frecuentemente acude a la búsqueda de otras medidas terapéuticas alternativas, cuando han fallado las medidas convencionales, que van desde la yoga, naturismo y algunas otras como acupuntura, todos ellos con resultados dudosos. (3).

Es importante que el tratamiento tenga como meta una completa y consistente mejoría de los síntomas abdominales, principalmente el dolor y de la restauración de las funciones intestinales normales.

El SCI es una condición crónica, recidivante y la severidad de los síntomas pueden ser muy variables en tiempo e intensidad lo que ha causado que sea una enfermedad subvalorada, porque a pesar de ser tan frecuente como las infecciones de vías aéreas superiores, es dejada en segundo término. (2, 3). El SCI es un enfermedad crónica donde la naturaleza de sus síntomas hacen que haya reincidencias constantes en casi todos los pacientes, como consecuencia a la pobre respuesta al manejo, todo esto hace que el costo para la enfermedad sea considerable, que es constituido por las visitas al médico y del uso de fármacos que es sumamente común, por ejemplo en USA en 1982 se gastaron \$368 000 000 de dólares en laxantes, así como también hay un enorme gasto en anticolinérgicos, tranquilizantes, antidepressivos y otras drogas que tienen uso en este síndrome. (2, 23).

Por lo que algunos médicos han utilizado la evaluación de Kruis para el diagnóstico del SCI, contando este cuestionario con una especificidad del 99%, y una sensibilidad del 87%, junto con el listado de Hopkins el cual nos evaluará el estado psicológico del paciente, con lo cual se realizará una relación del estado psicológico de cada uno de los pacientes con la presencia del SCI, también se hará un seguimiento tanto a un grupo de pacientes que serán manejados con medicamentos y otro grupo como control y tratar de determinar cual sería el mejor manejo. (15).

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

De acuerdo en lo anteriormente mencionado en los antecedentes como en los datos estadísticos, el síndrome de colon irritable es una entidad que debe ser tomada en cuenta como un problema de salud de gran importancia, ya que se presenta con gran frecuencia en la consulta médica de primer nivel de atención dentro de las enfermedades del tubo digestivo, al igual que en la consulta del Gastroenterólogo.

Debido a esta enorme frecuencia de la entidad, se constituye como un problema de salud pública ya que debido a su presentación, puede ser tan importante como las infecciones de vías aéreas superiores, que actualmente son la primera causa de morbilidad en nuestro país.

El SCI es una patología multicausal, ya que en su etiología se encuentran vinculados diferentes factores como lo pueden ser la sensibilidad inherente, dieta, uso de medicamentos, factores familiares, alérgicos, emocionales, etc., por lo que su diagnóstico etiológico en muchas ocasiones sea muy difícil de precisar con claridad.

En particular el Síndrome de Colon Irritable es en muchas de las ocasiones es dejado al final como una consideración diagnóstica, que no cuenta con pruebas contundentes para la confirmación del diagnóstico, por ello este síndrome se define como tal por medio de la exclusión del resto de las causas etiológicas que puedan producir un síndrome colítico (parasitosis, metabólicos, bacterianos, psicógenos, dietéticos y genéticos). Un factor extra en la dificultad para el diagnóstico es el que este síndrome se asocia con manifestaciones psicológicas, de acuerdo con la mayoría de los autores, que frecuentemente son difíciles de valorar.

Por lo que se trata de identificar en el estudio las causas de las alteraciones en el SCI entre la población de la Clínica Oriente, la forma de diagnosticar más fácilmente, con datos clínicos y pruebas de laboratorio simples, y la relación existente entre el SCI y los estados de ansiedad y depresión, y cual sería su mejor tratamiento, ya que se han utilizado una gran diversidad de medicamentos.

#### JUSTIFICACION:

La etiología de este síndrome es multifactorial, desconociéndose hasta el momento, encontrando una relación frecuentemente identificada con parasitosis y con algunas otras causas, como la psicógena, la cual es dejada como última opción, debiendo excluirse previamente todos los otros posibles factores, ya que no existen pruebas contundentes para este diagnóstico.

Siendo necesario por lo tanto identificar los factores psicológicos que presentan los pacientes y si existe alguna relación con el SCI, al igual que un diagnóstico fácil tanto clínico como de laboratorio ya que se han llegado a pedir estudios especiales que aparte de salir costosos sobrecargan los departamentos de radiodiagnóstico y laboratorio.

Debido a que el SCI es un padecimiento frecuente en la consulta general y muchas veces el diagnóstico puede estar enmascarado por otros síntomas, como son depresión y ansiedad, y ya que no se cuenta con estudios recientes se efectúa este trabajo en la población de la Clínica Oriente para tratar de encontrar conductas de diagnóstico y manejo en estos pacientes, siendo en ocasiones causa de bajo rendimiento en el área laboral e incapacidad médica.

**OBJETIVOS:**

**Objetivos Generales:**

- 1.-Elaborar el diagnóstico del SCI con base en el estudio clínico integral de un paciente.
- 2.-Identificar la relación existente entre los factores psicógenos con el síndrome de colon irritable.

**Objetivos Específicos:**

- 1.-Identificar la etiología del síndrome de colon irritable en la población en la unidad de Medicina Familiar Clínica Oriente del ISSSTE.
- 2.-Aplicar la prueba de Kruis para el diagnóstico de colon irritable en la población en estudio.
- 3.-Detectar los estados psicológicos predominantes en el síndrome de colon irritable por medio de la prueba de Hopkins symptom checklist (HSCCL).
- 4.-Valorar el manejo con metoclopramida, Psyllun plantago, ansiolítico y antagonista del calcio a nivel digestivo, además de placebo en el grupo de pacientes con colon irritable.



#### MATERIAL Y METODOS:

**Tipo de estudio:** Se efectuará un estudio experimental con dos grupos: un grupo experimental donde se valorara la respuesta a distintos enfoques terapéuticos y un grupo control.

#### Lugar y tiempo:

Se dispondrá de la unidad de Medicina Familiar Clínica Oriente del ISSSTE, y con el apoyo del laboratorio del Hospital General Regional Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

El tiempo necesario para el estudio se dividirá en dos etapas, la primera será considerado el tiempo necesario para la colección de 70 pacientes dentro de la unidad, que cursen con Síndrome de colon Irritable, para la formación de los grupos de estudio, el tiempo probable para la inclusión de pacientes será de 2 meses en la unidad, noviembre y diciembre de 1989.

La segunda etapa comprenderá los meses de enero y febrero de 1990.

**Población:** Se efectuará en pacientes que acuden a la consulta con sintomatología del Síndrome Colon Irritable, a la unidad de Medicina Familiar Clínica Oriente ISSSTE.

**Muestra:** Las personas serán elegidas por medio de muestreo no probabilístico, ya que se desconoce la frecuencia de este padecimiento en nuestro medio, así como también se desconoce la frecuencia en la Clínica Oriente del ISSSTE, que es la unidad donde se tomarán los pacientes para el estudio. La muestra será por cuotas de pacientes que tengan síndrome de colon irritable, hasta completar 70 pacientes dentro de la unidad.

CRITERIOS DE INCLUCION:

-En el estudio se incluirán pacientes mayores de 13 años, sin importar sexo.

-Se incluirán a los pacientes con alteraciones en los hábitos intestinales, con dolor abdominal recurrente, flatulencia, y distensión abdominal.

-Posterior a la aplicación del cuestionario de Kravis en sus dos secciones se mantendrán en el estudio a las personas que hayan tenido positividad para el síndrome de colon irritable, a quienes se les efectuara el listado HBCL.

-Los pacientes deben de pertenecer a la población de la Clínica Oriente, que reúnan las características clínicas mencionadas y que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

-No se incluirán en el estudio a personas menores de 13 años de edad, debido a que de acuerdo a las características mencionadas en los antecedentes el SCI aparece en la adolescencia o en las etapas de adulto joven.

-Se excluirán a las personas que rehusen participar dentro del estudio o quienes no quieran llenar los cuestionarios.

-No se incluirán a las personas con síndrome colítico que hayan sido negativas a la prueba de Kruiis o bien a quienes se detectó alguna patología orgánica, diverticulosis, colitis parasitaria, CUCI, etc.

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

-Se eliminaran del estudio a los pacientes que no cumplan con el manejo estipulado.

-No se incluira a quienes además sigan otros manejos para esta entidad, que no hayan sido preescritos por el médico investigador.

-Se eliminaran a las personas que no acudan a las consultas de control y evolución cada dos semanas.

-A las personas que no quieran seguir dentro del estudio.

-Dentro de la muestra calculada para el estudio, se tomo en cuenta un excedente del 15 % para que los pacientes eliminados no afecten a los resultados finales.

**CONSIDERACIONES ETICAS:**

Por tratarse de un estudio experimental en humanos, se pedirá a cada uno de los pacientes su aprobación para ser incluidos en el estudio, aunque los pacientes no sabrán a que grupo pertenecen ya que será un estudio de ciego simple, para tratar de evitar sesgos por parte del paciente en lo referente a sintomatología.

No existe riesgo de mortalidad, debido a que los medicamentos utilizados han sido probados ampliamente y no tienen riesgo de reacciones secundarias ni de complicaciones. En caso de presentar reacciones o intolerancia al manejo se suspenderá su aplicación y el paciente será excluido del estudio.

#### VARIABLES:

Como variables de inicio de la investigación se tomara en cuenta la edad, sexo, dirección para poder hacer el seguimiento y control de los pacientes incluidos en el estudio y que no acudan en alguna ocasión a la consultas.

Una vez aplicada la prueba de Kruis, y eliminando otras alteraciones patológicas por medio del laboratorio, a los pacientes elegidos se valorara la sintomatología inicial, dolor abdominal, flatulencia, meteorismo, estreñimiento, diarrea, tenesmo, y evacuaciones alteradas.

Los parametros utilizados para medir la evolución son: deterioro del cuadro, sin modificaciones en la sintomatología, mejoría parcial de la sintomatología y sin datos clínicos actuales.

#### METODOLOGIA:

En este estudio se propone una prueba diagnóstica por medio de preguntas al paciente y exámenes de laboratorio como son Bh, VSG, Sangre oculta en heces y CPS, para la exclusión de enfermedades orgánicas, este cuestionario fue diseñado por Kruis y cols.

Se iniciara con la aplicación del cuestionario de Kruis en su primera parte que debe ser contestada por el paciente durante la primera consulta, este cuestionario sera aplicado a personas que acudan a la consulta y que tengan sintomatología colitica.

En la primer consulta se solicitarán estudios de laboratorio como son: Biometría Hemática completa, Velocidad de Sedimentación Globular, Sangre Oculta en Heces y Coproparasitoscópico en serie de 3.

En la segunda consulta será contestada la segunda sección del cuestionario de Kruis por parte del médico, donde se incluirán la valoración de los exámenes de laboratorio solicitados en la consulta previa, además de los antecedentes y los hallazgos de la exploración física encontrados. Una vez calificadas las dos partes del cuestionario de Kruis, podrá hacerse el diagnóstico del Síndrome de Colon Irritable, excluyendo las posibles alteraciones orgánicas. El criterio de positividad a la prueba de Kruis será a 27 puntos positivos, que se ha encontrado tiene una sensibilidad del 83 % y una eficacia del 97%. La evolución se calificó en base a 8 síntomas principales encontrados en el SCI: dolor abdominal, meteorismo, flatulencia, distensión abdominal, estreñimiento, diarrea, tenesmo y evacuaciones alteradas, citandose cada 2 semanas. La evolución se calificó como buena cuando cedía del 90 al 100 % de los síntomas (7 u 8), cuando cedían 6 síntomas, el 70 % se califico como regular, y cuando persistían más de 5 síntomas se califico como mala evolución, el 50 %. A los pacientes positivos se les aplicara el listado de síntomas Hopkins (HSCL) para la identificación de alteraciones psicológicas.

El HSCL en un principio se aplicó a pacientes no hospitalizados que presentaban síntomas de ansiedad y/o depresión (Ronald S. Lipman 1979). (4, 16). Los aspectos que califica este listado son Somatización, Obsesivos-Compulsivos, Susceptibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Angustia-Hostilidad, Ansiedad fóbica, Psicotismo, Ideación Paranoide y Dificultad para Dormir. Se dieron 4 opciones de respuesta a cada pregunta: 1= nada, 2= poco, 3= bastante y 4= demasiado. El número de preguntas para cada aspecto fué diferente, ejemplo, somatización tiene 12 reactivos que multiplicados por 4 son igual a 48 lo cual daría el 100% de somatización. Esta calificación se correlacionó con los resultados obtenidos de la evolución en cuanto al tratamiento. (16).

A los pacientes identificados como portadores del síndrome se les designará de manera aleatoria a uno de los dos grupos de manejo, denominados inicialmente como grupo experimental y grupo control. El grupo experimental se subdividirá a su vez en cinco grupos, dependiendo de los enfoques terapéuticos incluidos en el estudio. La selección del grupo experimental, será también de manera aleatoria.

Los grupos de tratamiento son:

- 1.- Placebo (1 tableta cada 8 horas).
- 2.- Modificadores de la motilidad intestinal (metoclorpramida, 10 mg cada 8 horas).
- 3.- Modificadores de la masa fecal (Psyllium plantago 2 cucharadas en un vaso de agua cada 24 horas).
- 4.- Antagonistas del calcio (Etomidolina 3 mg cada 8 horas).
- 5.- Ansiolítico (Clorodiazepóxido 10 cada 12 hrs).

El control de la evolución será basada en la respuesta terapéutica que el paciente presente en las visitas a consulta cada dos semanas, siendo un total de 4 consultas de control para un seguimiento total de 8 semanas. Durante cada consulta se le proporcionará al paciente el medicamento necesario para la toma



hasta la consulta siguiente, a cambio de los envases que se les suministró previamente, aceptándose un olvido de toma de 10% en el total del tratamiento. La valoración de la evolución será por medio de un cuestionario donde se calificarán de manera subjetiva, de acuerdo a la sintomatología del paciente, calificándose los principales síntomas del SCI.

Los pacientes no sabrán a que grupo de tratamiento corresponden, con lo que se logrará un estudio experimental de tipo ciego simple, para tratar de evitar sesgos por parte del paciente en torno a sintomatología.

#### RECOLECCION DE LA INFORMACION:

La colección de la información será mediante cuestionarios previamente impresos, inicialmente a los pacientes con sintomatología colítica se les aplicará el cuestionario de Kruis en sus dos secciones (anexo 1 y 2), la primera parte que será contestada por el paciente y la segunda por el investigador. El criterio para considerar como pacientes con SCI será la puntuación mayor de 27 puntos, de acuerdo a la escala de Kruis para este cuestionario, para lograr una especificidad de 97% con una sensibilidad de 83%.

A los pacientes identificados como portadores del SCI se les aplicará el listado de síntomas de Hopkins (anexo 3), para la detección de las características psicológicas relacionadas con el síndrome.

El tercer cuestionario será para la valoración de la evolución y de la respuesta a los distintos tratamientos (anexo 4), este cuestionario se aplicará cada dos semanas hasta completar el seguimiento durante 8 semanas, con un total de 4 consultas.

#### PRESENTACION DE LA INFORMACION:

Se efectuará mediante metodos tabulares y gráficos, las tablas serán de contingencia y las gráficas de asociación adecuandose a los resultados del estudio.

#### ANALISIS DE LA INFORMACION:

El análisis se hará mediante medidas de resumen y tendencia central y de ser necesario se realizaran pruebas de hipotesis para valorar la significancia estadística de los diferentes tratamientos.

## RESULTADOS:

Se captaron 70 pacientes para el estudio del SCI a los cuales se les dividió en 2 grupos de 35 pacientes cada uno, un grupo al que se le denomina grupo experimental y otro al que se le denomina grupo testigo, (incluyendo pacientes del sexo femenino y masculino).

De acuerdo al sexo de los pacientes se encontro que en total de los 70 pacientes incluidos 56 fueron del sexo femenino lo que corresponde a un 80 %, y solo 14 fueron del sexo masculino lo que corresponde a un 20 %, las edades variaron desde los 19 años hasta los 78 años, con un promedio de 39.7 años.

Si tomamos en cuenta que fueron 10 áreas las que se examinaron por medio de HSCL (4,5), más del 50 % del los pacientes presentan alteraciones por las que podrían ser canalizados a un servicio de psiquiatría o psicología según fuera su estado mental. los patrones psicológicos que predominaron en los pacientes dentro del grupo experimental fueron:

Tomando en cuenta que del total de 35 pacientes 25 fueron del sexo femenino y 10 del sexo masculino se encontro Somatización en un 50 %, (grafica 7,17), Obsesivo Compulsivo en 42.9 %, (grafica 8,18), en Susceptibilidad interpersonal un 37.8 % (grafica 9,19), en Depresión un 47.2 % (grafica 10,20), en Ansiedad un 46.4 % (grafica 11,21), en Angustia hostilidad un 43.2 % (grafica 12,22), en Ansiedad Fóbica un 38.9 % (grafica 13,23), en Psicotismo un 33.4 % (grafica 14,24), en Ideación paranoide un 44.6 % (grafica 15,25), y en dificultad para dormir se observo un 50.9 % (grafica 16,26), dentro de todos los grupos se presenta mayor porcentaje en hombres que en mujeres.

En el grupo testigo fueron 29 mujeres y 6 hombres, se encontraron resultados similares, Somatización en un 53.2 % (grafica 27,37), en Obsesivo Compulsivo un 45 % (grafica 28,38), en Suceptibilidad interpersonal un 48.8 % (grafica 29,39), en Depresión un 43.8 % (grafica 30,40), en Ansiedad 44 % (grafica 31,41), en Angustia Hostilidad un 54.1 % (grafica 32,42), en Ansiedad Fóbica un 39.9 % (grafica 33,43), en Psicotismo un 40 % (grafica 34,44), en Ideación Paranoide un 50.8 % (grafica 35,45), y por ultimo en Dificultad para Dormir un 54.9 % (grafica 36,46), al igual que en el grupo experimental la mayor frecuencia fue en el sexo masculino solo en dos areas predomino el sexo femenino las cuales fueron Depresión y Angustia-Hostilidad, los resultados que se presentan aqui son promedios de los porcentajes, el resultado de cada uno de los pacientes se observan en las graficas correspondientes.

Dentro del grupo experimental se valoro el tratamiento de diferentes medicamentos, los cuales fueron los siguientes:

Psyllium plantago.

2.- Metoclorpramida.

3.- Antagonista del Calcio. (Etolidomina).

4.- Ansiolítico. (clordiazepoxido).

5.- Placebo.

Dentro del grupo testigo solo se manejo dieta abundante en residuo, sin irritantes y medidas higienicas.

Los resultados de los 35 pacientes del grupo experimental en base a los tratamientos antes mencionados se presentan a continuación:

Psyllium plantago:

De los 7 pacientes. la respuesta fué buena en 3, regular en 3 y en un paciente fué mala.

**Antagonista del calcio. (Etomidolina):**

En este grupo la respuesta se puede considerar como favorable ya que en 5 pacientes la respuesta fue regular y en 2 fue mala, el síntoma que cedió principalmente fue el dolor.

**Metoclorpramida:**

Dentro de este grupo solo un paciente respondió bien, 5 pacientes respondieron en forma regular y uno mal.

**Antidepresivo. (Clorodiazepóxido):**

Con este medicamento la respuesta fue buena en 5 pacientes, en uno fue regular y uno respondió mal.

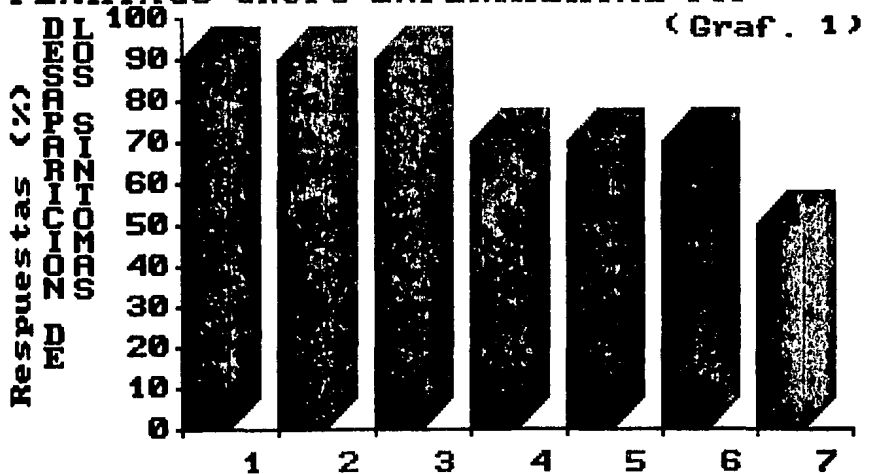
**Placebos:**

En este grupo de pacientes la respuesta fue mala, ya que solo una paciente respondió bien, y los 6 restantes tuvieron mala respuesta al tratamiento.

En el grupo testigo se obtuvo una buena respuesta con la modificación de la dieta, siendo buena 47.86 %, regular en un 41.71 %, y mala respuesta en un 11.43 %.

**RESPUESTA TERAPEUTICA AL PSYLLIUM  
PLANTAGO GRUPO EXPERIMENTAL SCI**

( Graf. 1 )

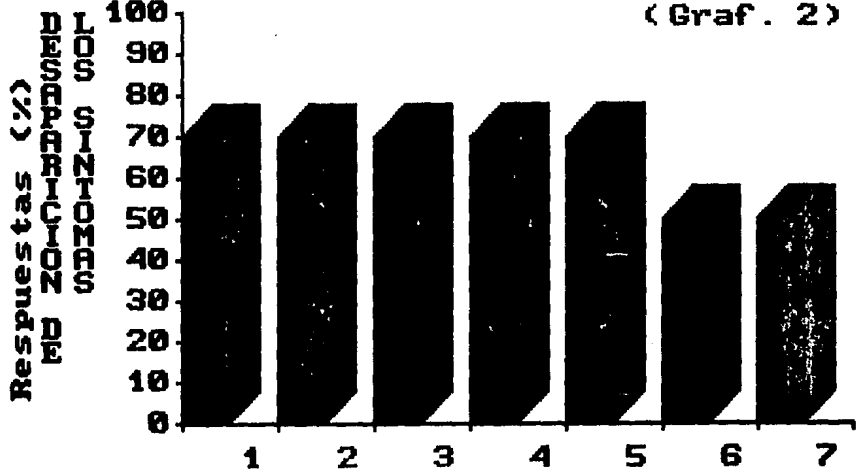


**FUENTE: ENCUESTAS**

**No. Pacientes**

**RESPUESTA TERAPEUTICA A LA ETOLIDOMINA  
GRUPO EXPERIMENTAL SCI**

( Graf. 2 )



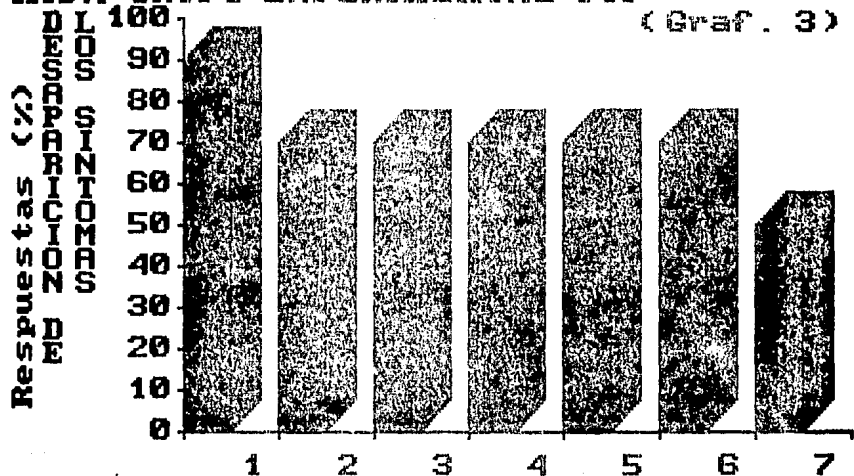
**FUENTE: ENCUESTAS**

**No. Pacientes**



**RESPUESTA TERAPEUTICA A LA METOCLOPRAMIDA GRUPO EXPERIMENTAL SCI**

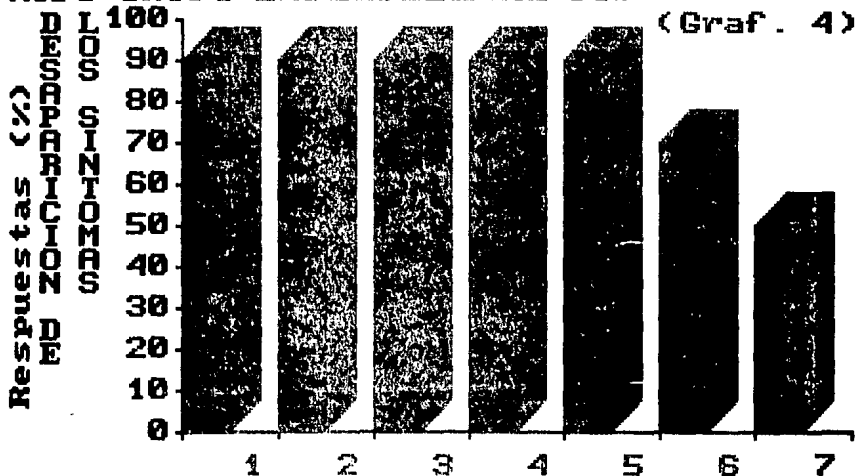
( Graf. 3 )



**FUENTE: ENCUESTAS**

**No. Pacientes**

# RESPUESTA TERAPEUTICA AL CLORDIAZEPO- XIDO GRUPO EXPERIMENTAL SCI

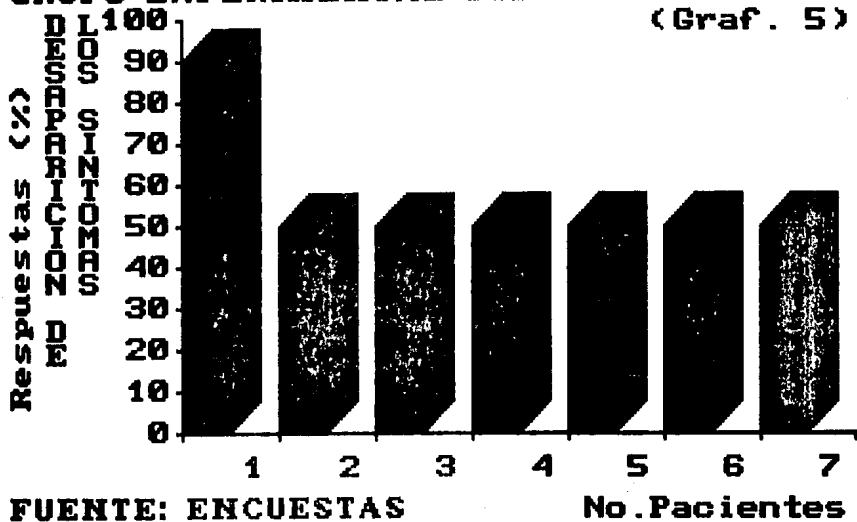


FUENTE: ENCUESTAS

No. Pacientes




**RESPUESTA TERAPEUTICA AL PLACEBO  
GRUPO EXPERIMENTAL SCI**

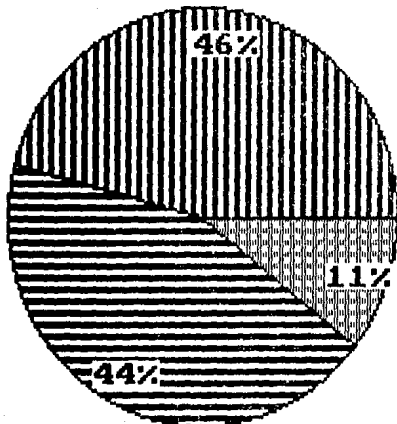
(Graf. 5)



**PORCENTAJE DE RESPUESTA  
A LA DIETA DEL GRUPO  
T E S T I G O**

(Graf. 6)

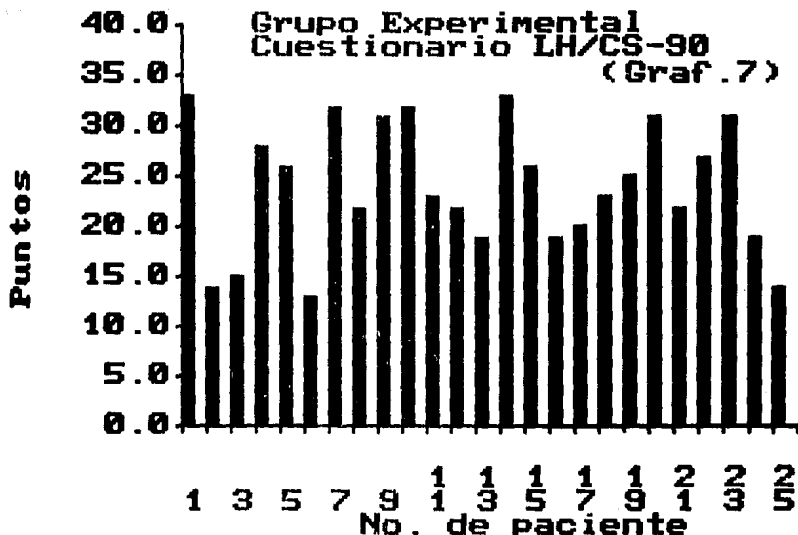
-  1 BUENA
-  2 REGULAR
-  3 MALA



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**SOMATIZACION (FEMENINO)**

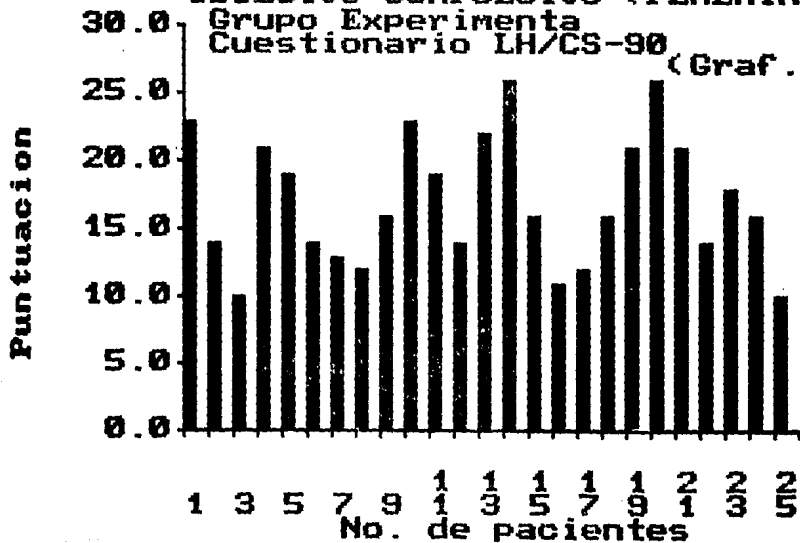
**Grupo Experimental**  
**Cuestionario LH/CS-90**  
**(Graf.7)**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**OBSESIIVO-COMPULSIIVO (FEMENINO)**

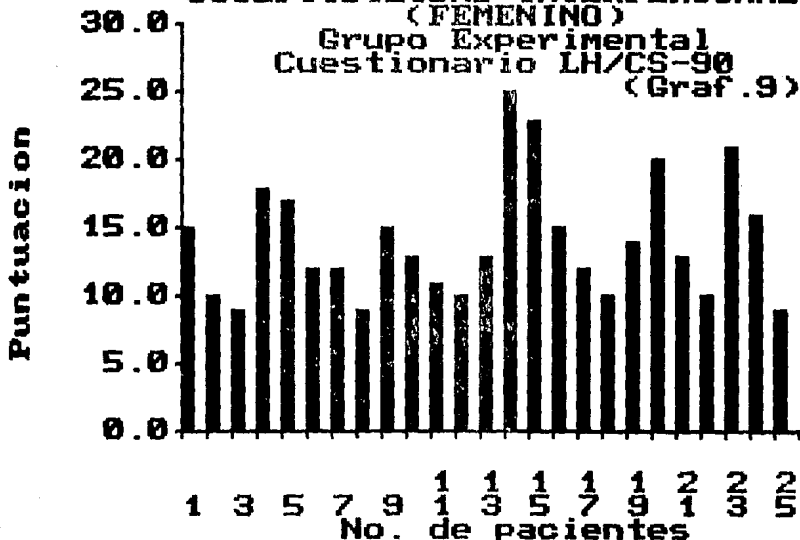
**Grupo Experimental**  
**Cuestionario LH/CS-90** (Graf.8)



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

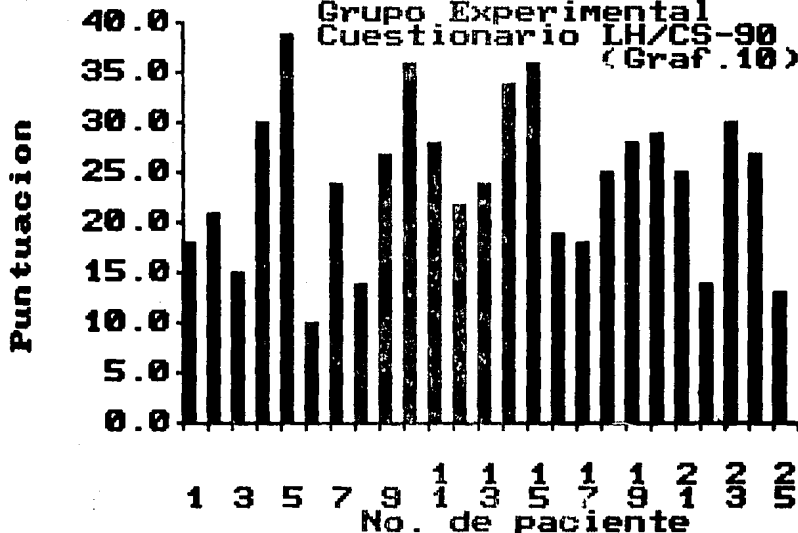
**SUCEPTIBILIDAD-INTERPERSONAL  
( FEMENINO )**

**Grupo Experimental  
Cuestionario LH/CS-90  
( Graf. 9 )**



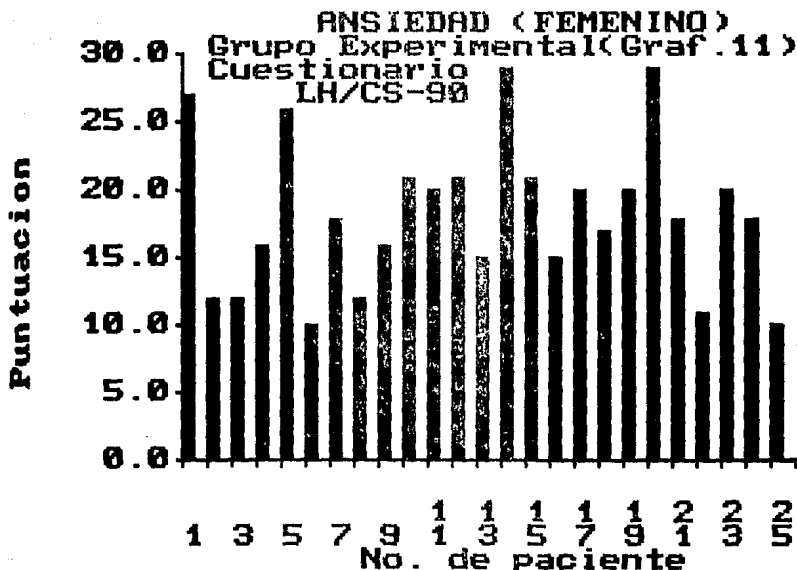
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**DEPRESION (FEMENINO)**  
**Grupo Experimental**  
**Cuestionario LH/CS-90**  
**( Graf. 10 )**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



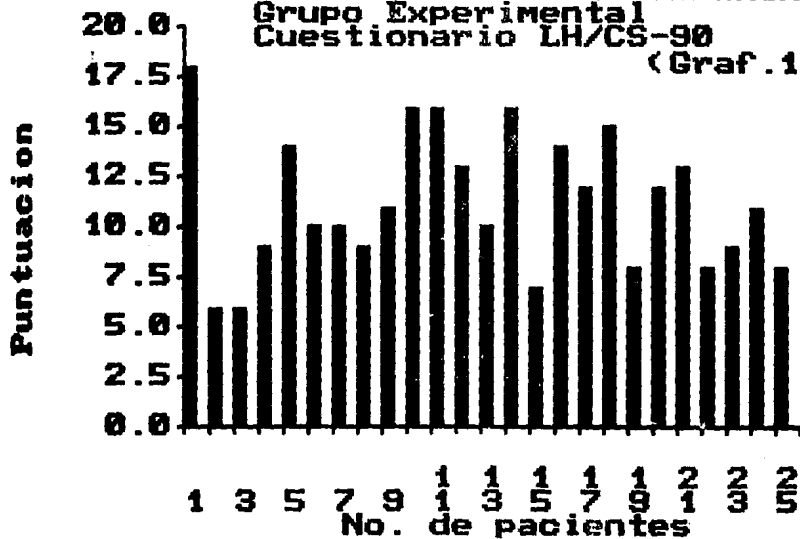


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**ANGUSTIA-HOSTILIDAD (FEMENINO)**

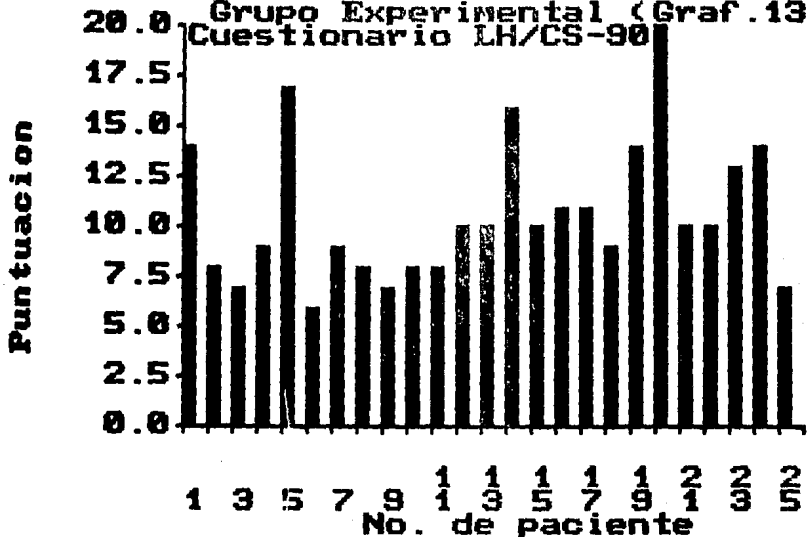
**Grupo Experimental  
Cuestionario LH/CS-90**

**(Graf.12)**

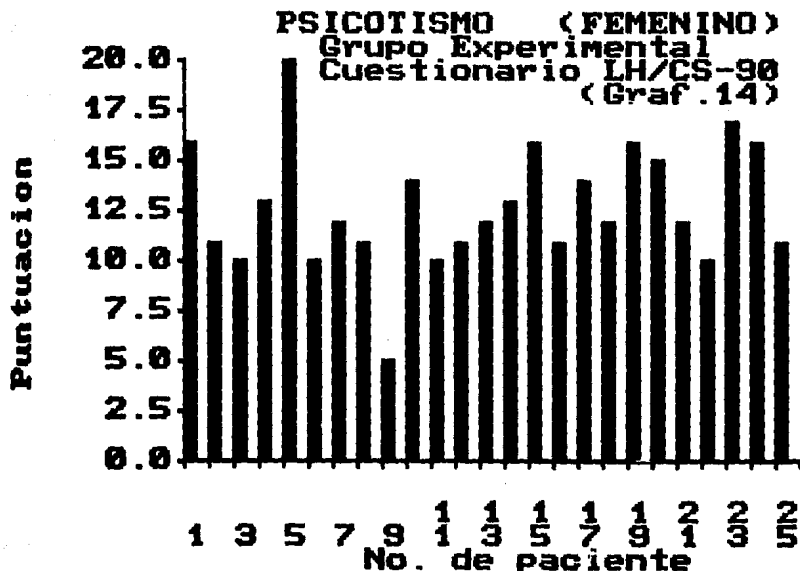


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**ANCIEDAD FOBICA (FEMENINO)**  
**Grupo Experimental (Graf.13)**  
**Cuestionario LH/CS-90**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

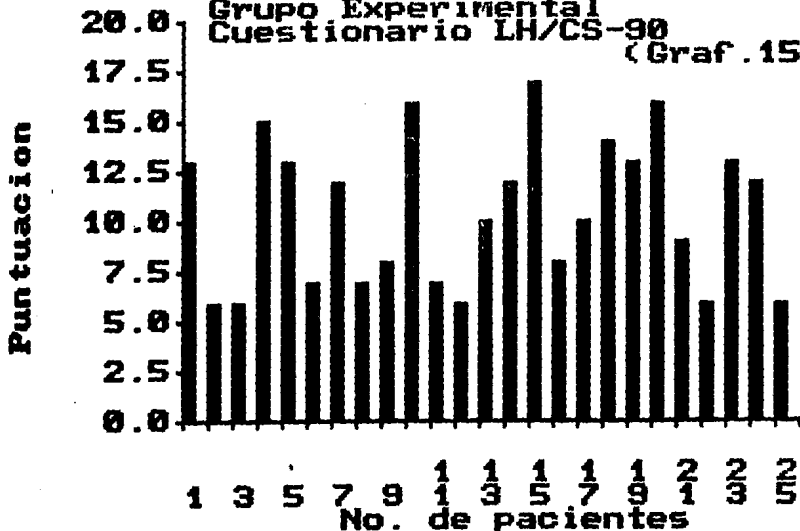


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**IDEACION PARANOIDE (FEMENINO)**

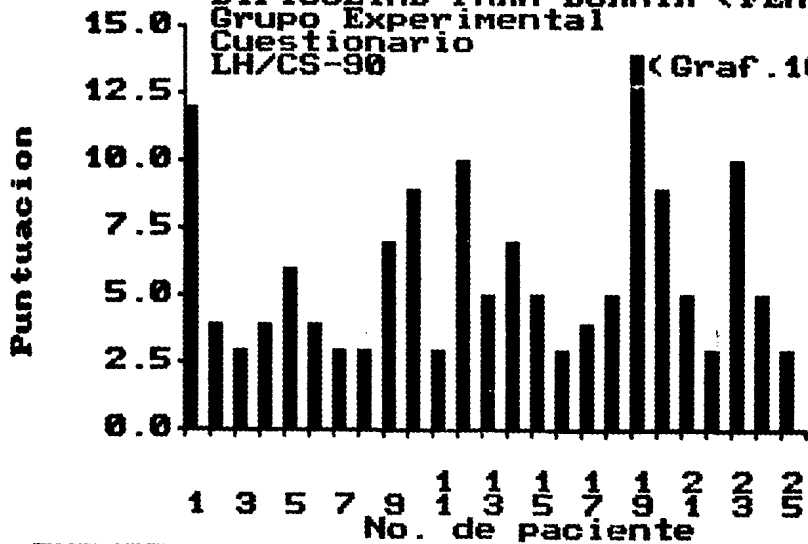
**Grupo Experimental  
Cuestionario LH/CS-90**

**(Graf. 15)**

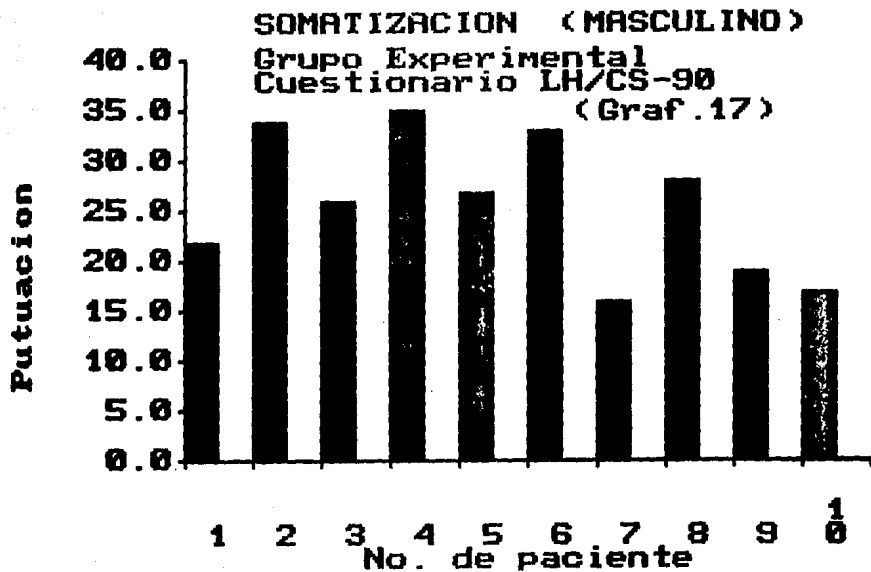


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**DIFICULTAD PARA DORMIR (FEM.)**  
**Grupo Experimental**  
**Cuestionario**  
**LH/CS-90**  
**(Graf. 16)**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

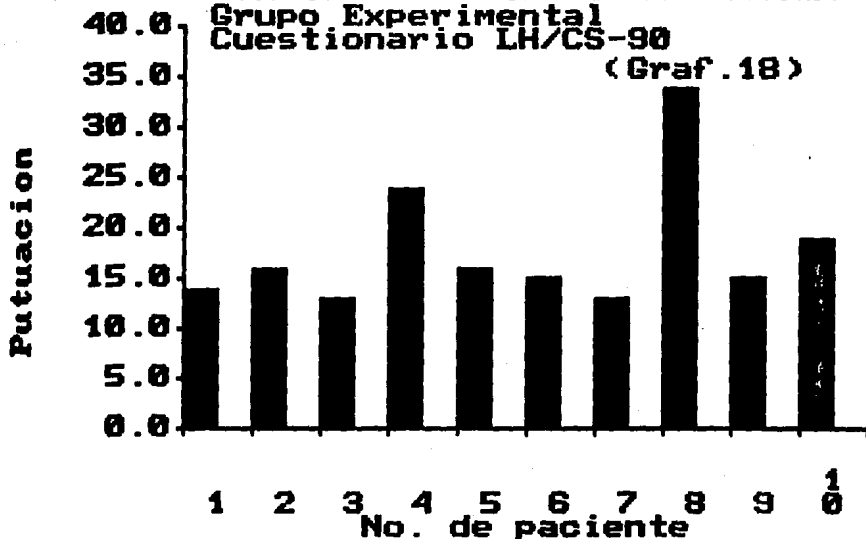


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**OBSESIVO-COMPULSIVO (MASCULINO)**

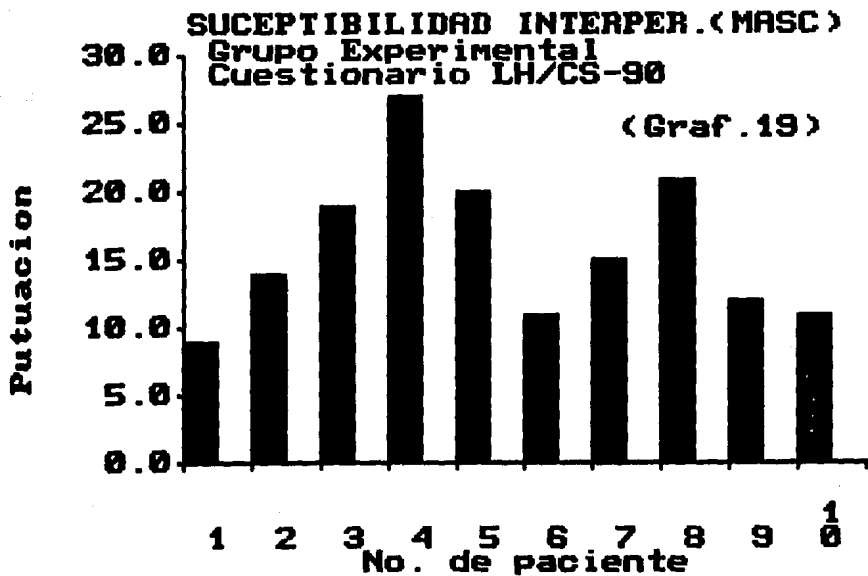
**Grupo Experimental  
Cuestionario LH/CS-90**

**( Graf. 18 )**



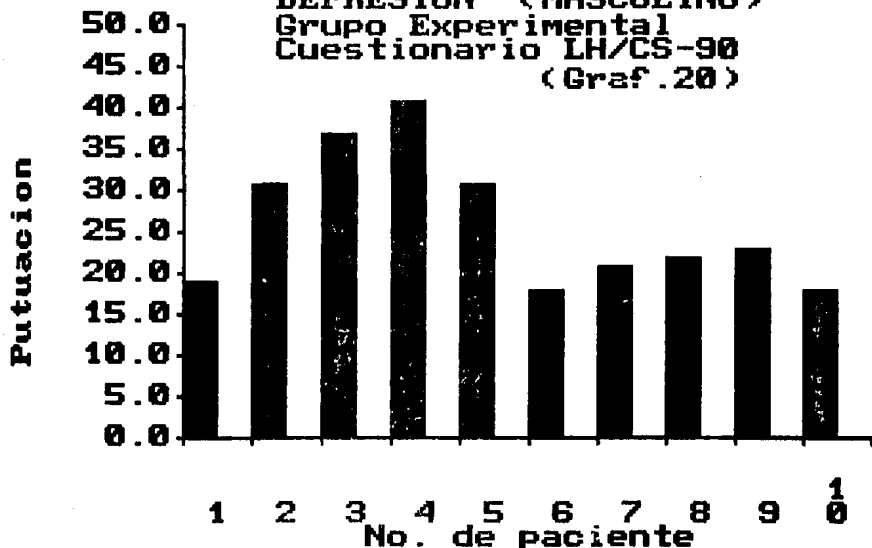
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**





**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

DEPRESION (MASCULINO)  
Grupo Experimental  
Cuestionario LH/CS-90  
( Graf. 20 )

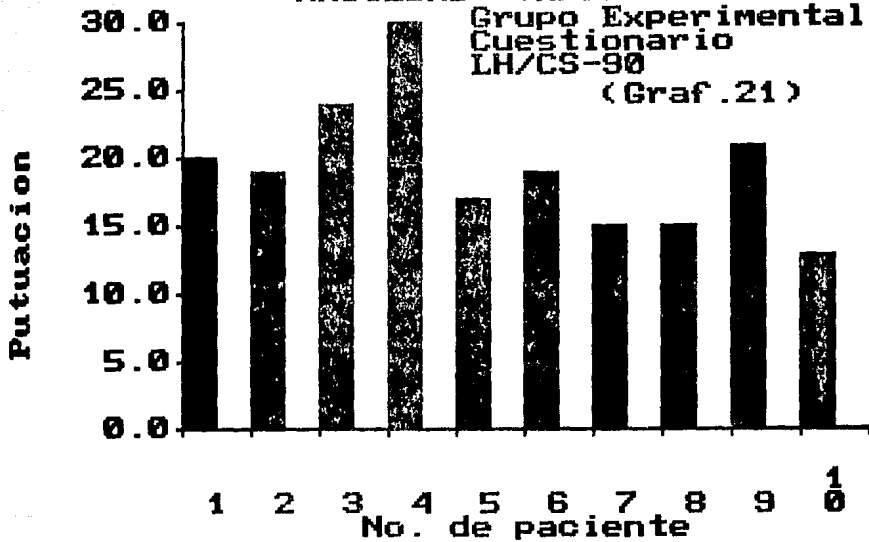


FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI

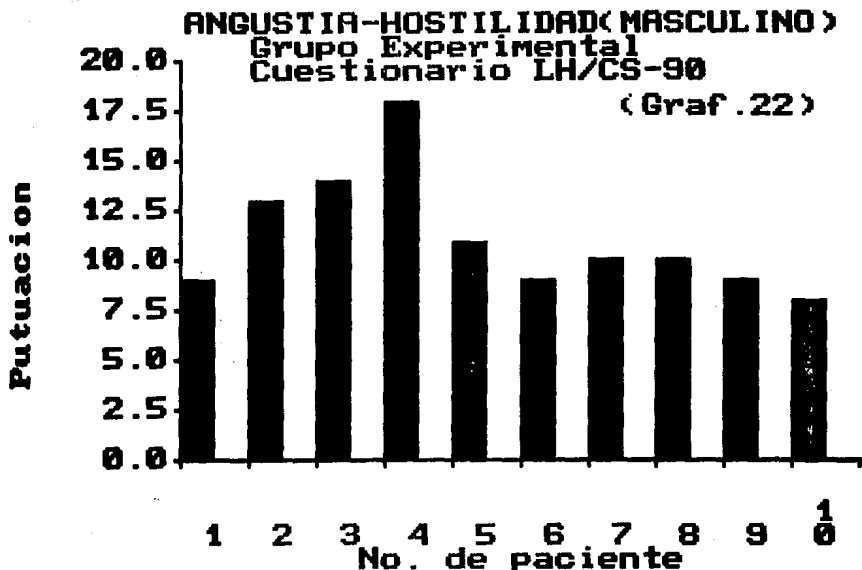
**ANSIEDAD (MASCULINO)**

**Grupo Experimental  
Cuestionario  
LH/CS-90**

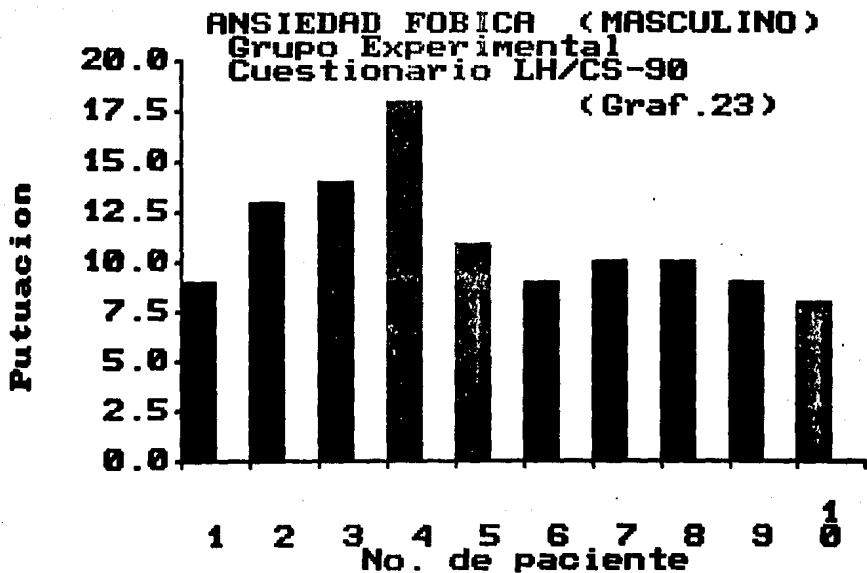
**(Graf. 21)**



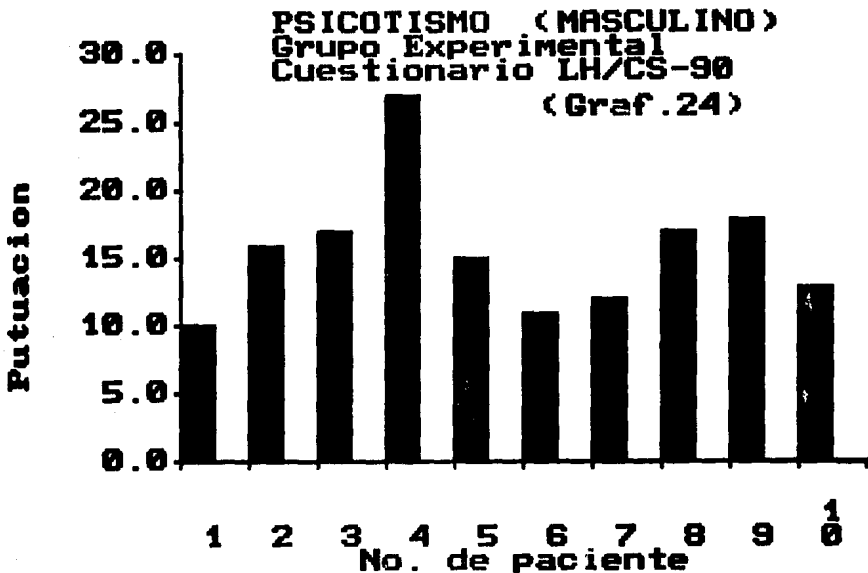
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



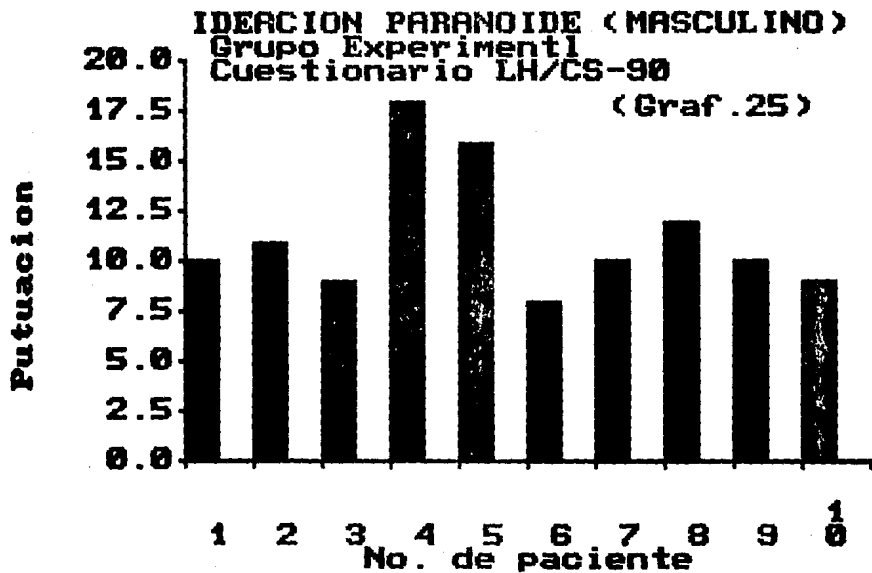
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

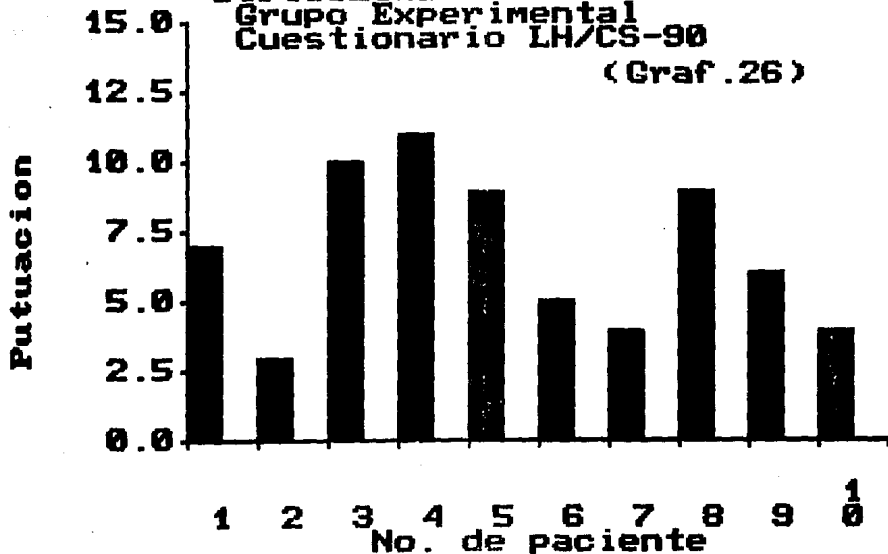


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**DIFICULTAD PARA DORMIR (MASC)**

**Grupo Experimental  
Cuestionario LH/CS-90**

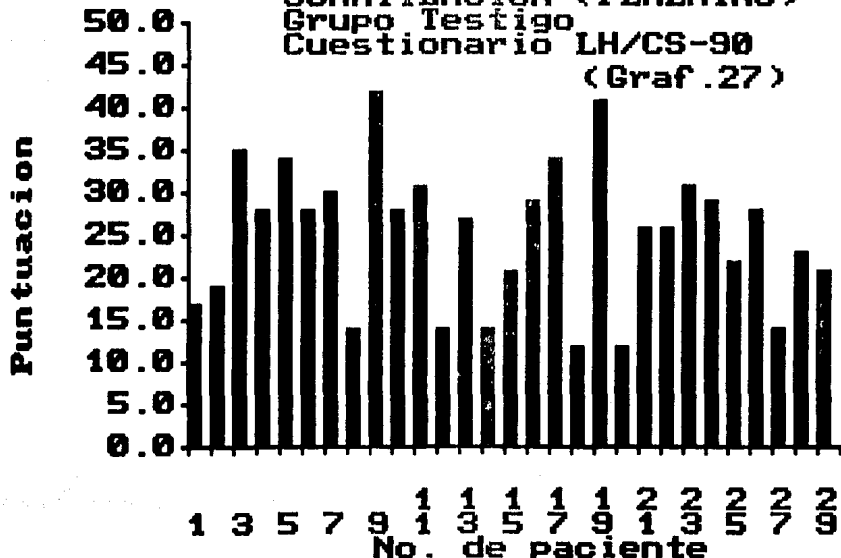
**( Graf.26 )**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



**SOMATIZACION ( FEMENINO )**  
**Grupo Testigo**  
**Cuestionario LH/CS-90**  
**( Graf .27 )**

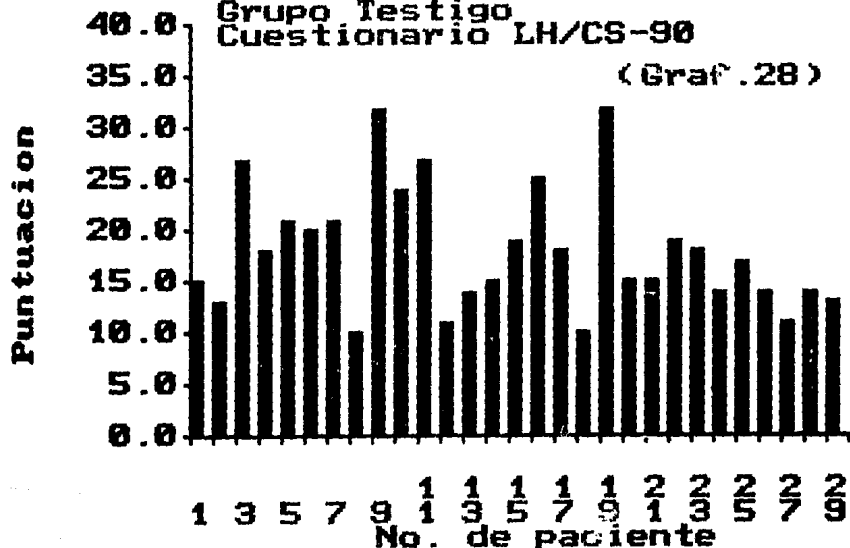


**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**OBSESIVO-COMPULSIVO (FEMENINO)**

Grupo Testigo  
Cuestionario LH/CS-90

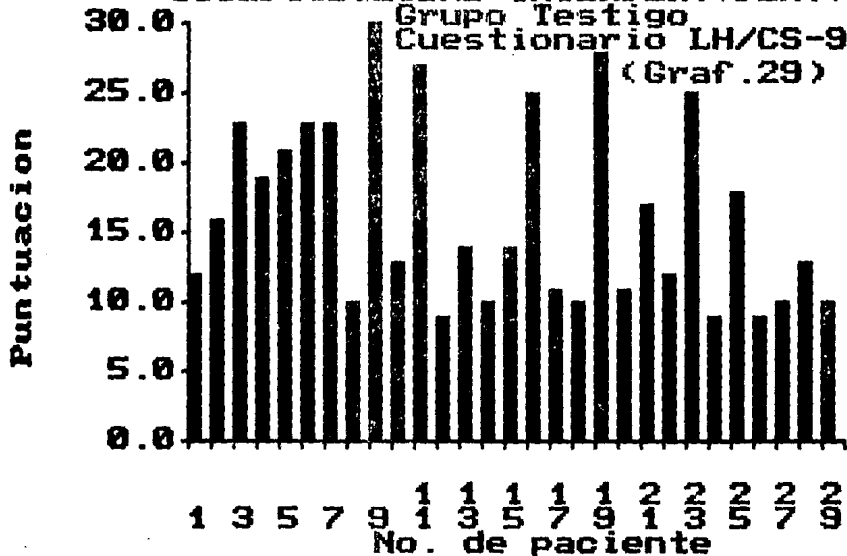
( Graf. 28 )



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

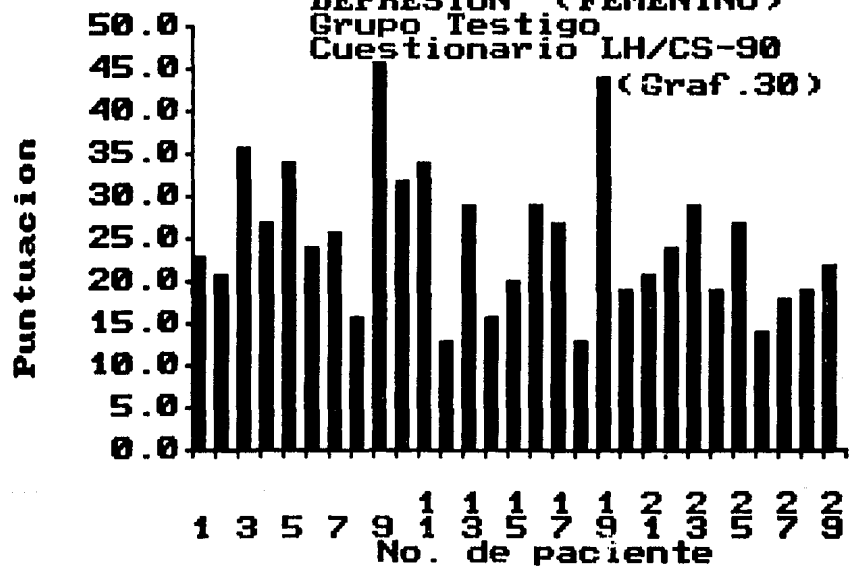
SUCEPTIBILIDAD INTERPER. (FEM.)

Grupo Testigo  
Cuestionario LH/CS-90  
(Graf. 29)



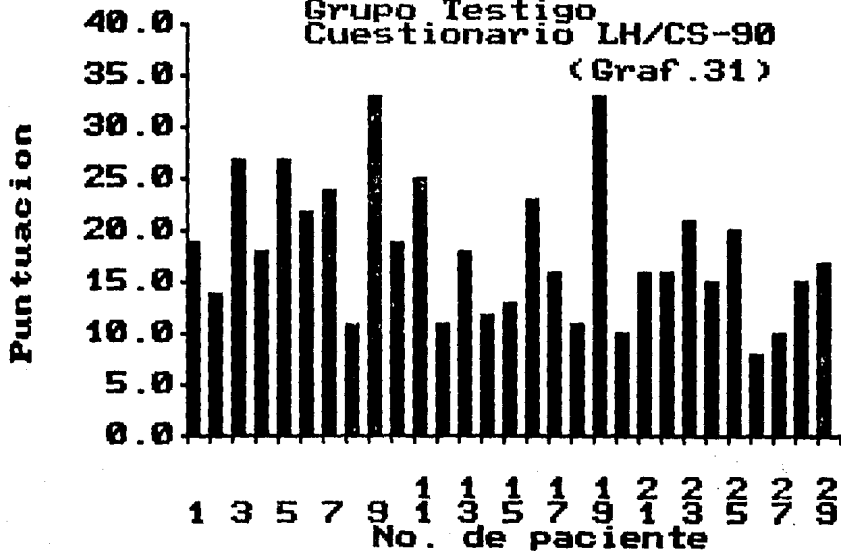
FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI

**DEPRESION (FEMENINO)**  
**Grupo Testigo**  
**Cuestionario LH/CS-90**  
**( Graf.30 )**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

ANSIEDAD (FEMENINO)  
 Grupo Testigo  
 Cuestionario LH/CS-90  
 (Graf. 31)



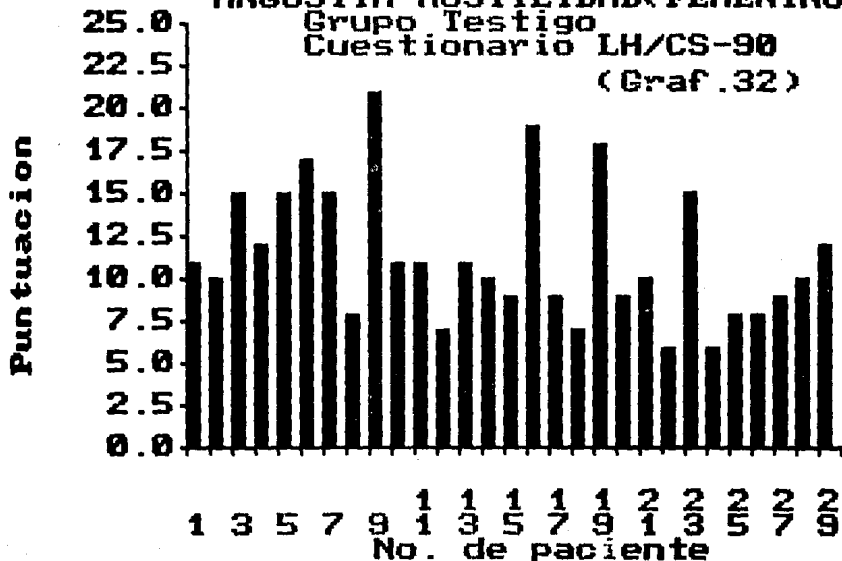
FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI

**ANGUSTIA-HOSTILIDAD ( FEMENINO )**

Grupo Testigo

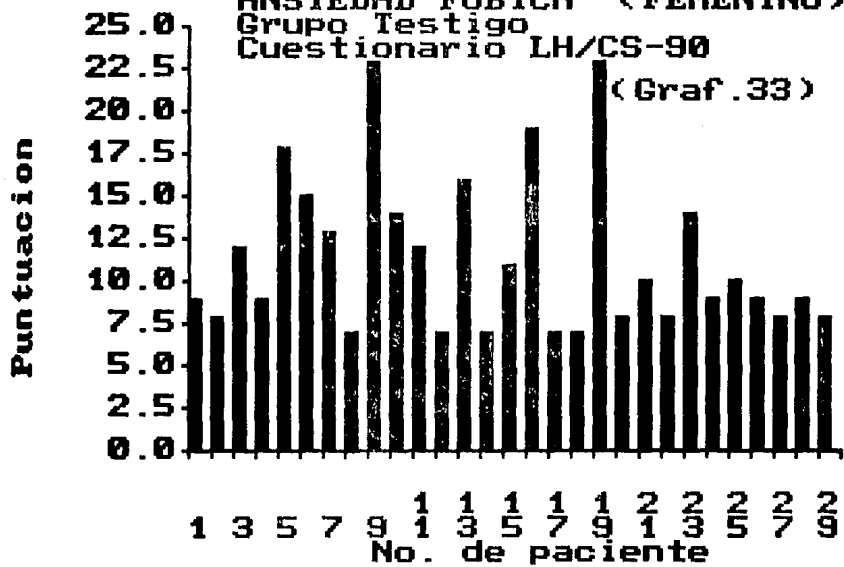
Cuestionario LH/CS-90

( Graf. 32 )



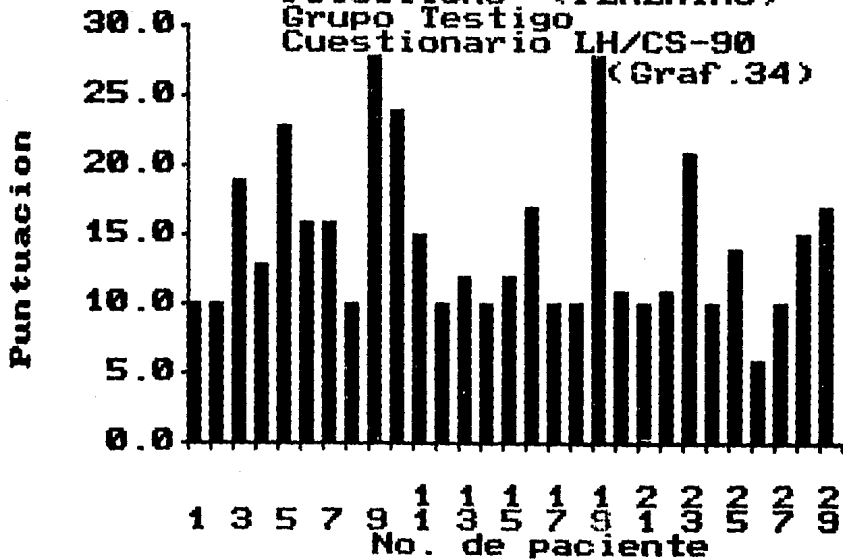
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**ANSIEDAD FOBICA (FEMENINO)**  
**Grupo Testigo**  
**Cuestionario LH/CS-90**  
**( Graf .33 )**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

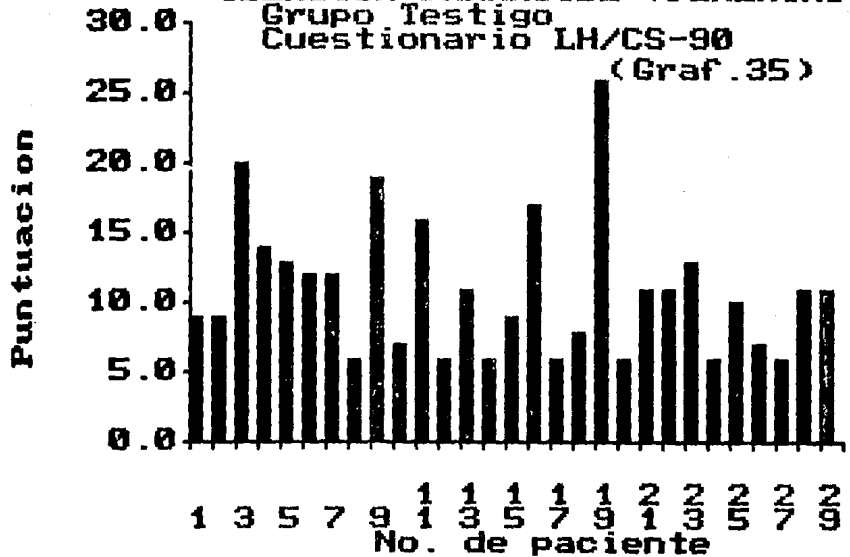
PSICOTISMO (FEMENINO)  
 Grupo Testigo  
 Cuestionario LH/CS-90  
 (Graf. 34)



FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI

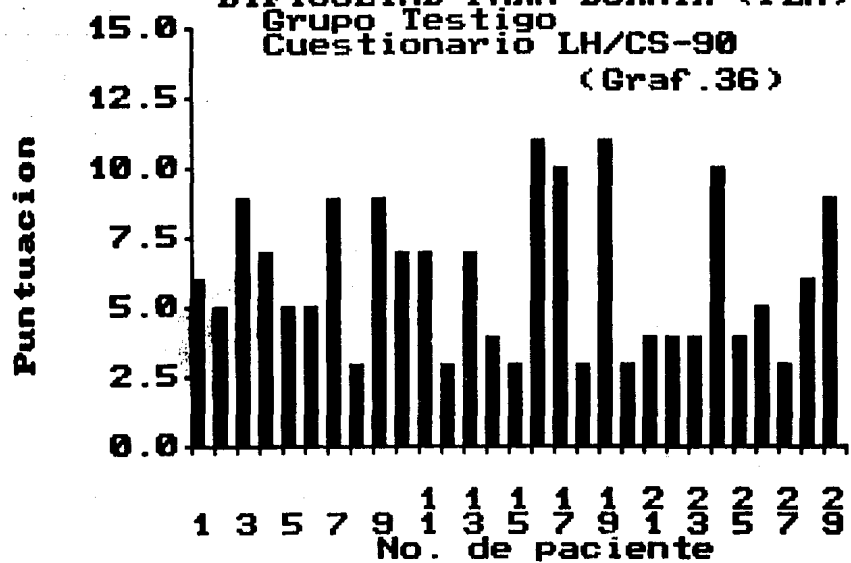


IDEACION PARANOIDE (FEMENINO)  
 Grupo Testigo  
 Cuestionario LH/CS-90  
 ( Graf. 35 )

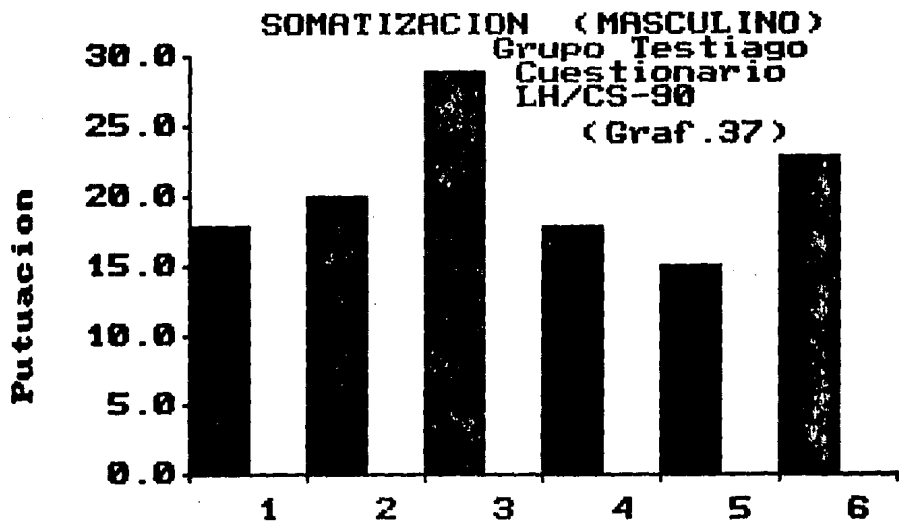


FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI

**DIFICULTAD PARA DORMIR (FEM)**  
**Grupo Testigo**  
**Cuestionario LH/CS-90**  
**( Graf.36 )**



**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



No. de paciente

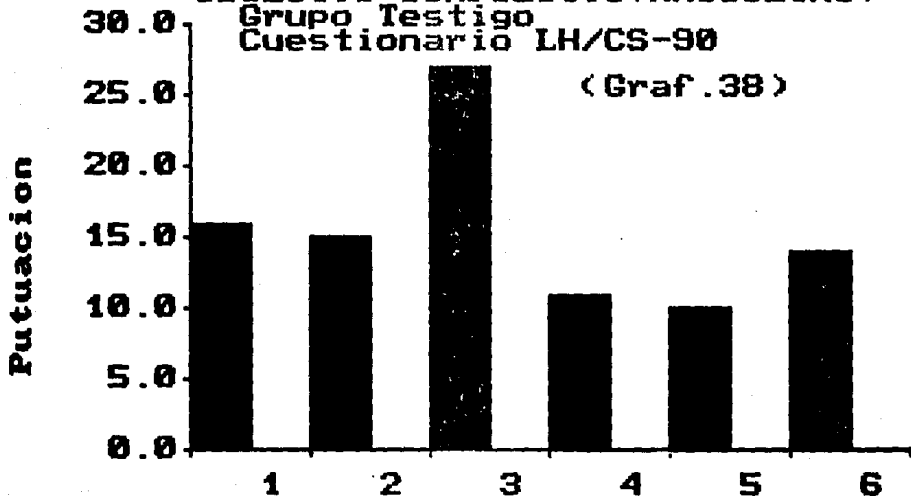
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**OBSESIVO-COMPULSIVO (MASCULINO)**

Grupo Testigo

Cuestionario LH/CS-90

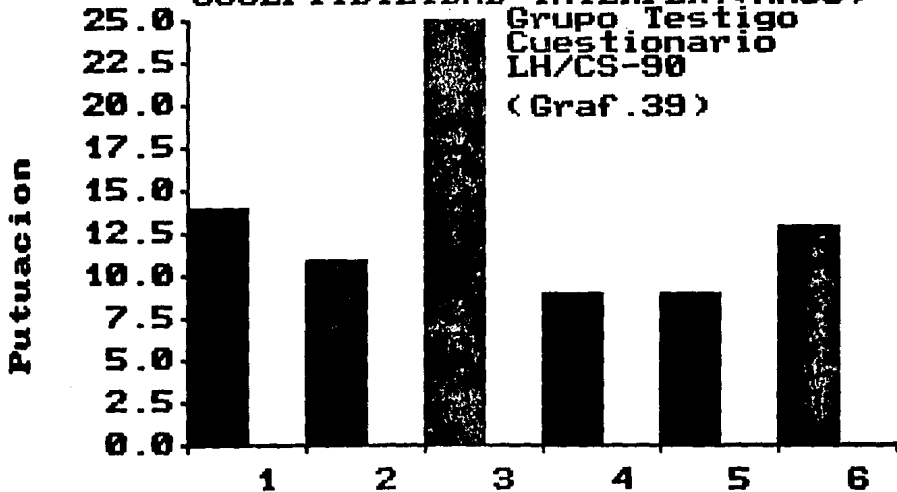
( Graf. 38 )



No. de paciente

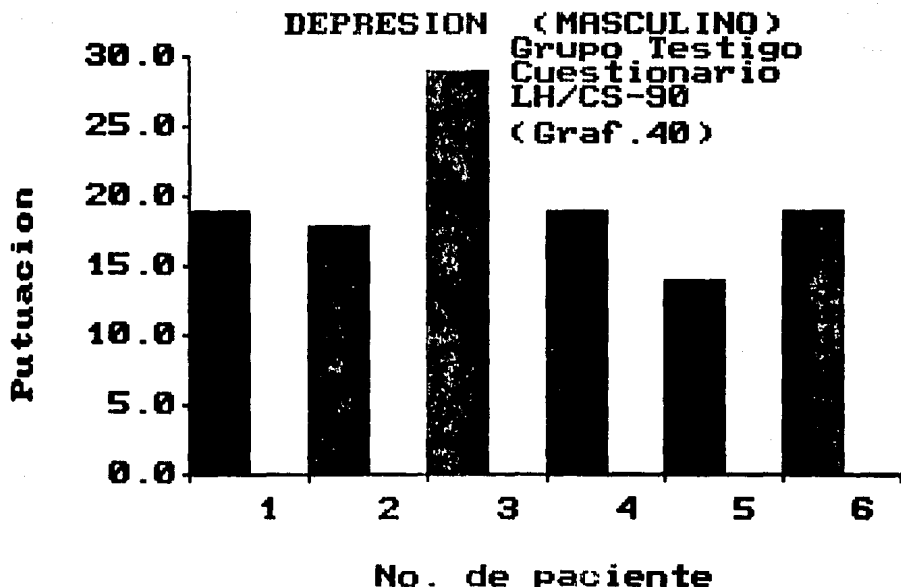
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

### SUCEPTIBILIDAD-INTERPER (MASC)



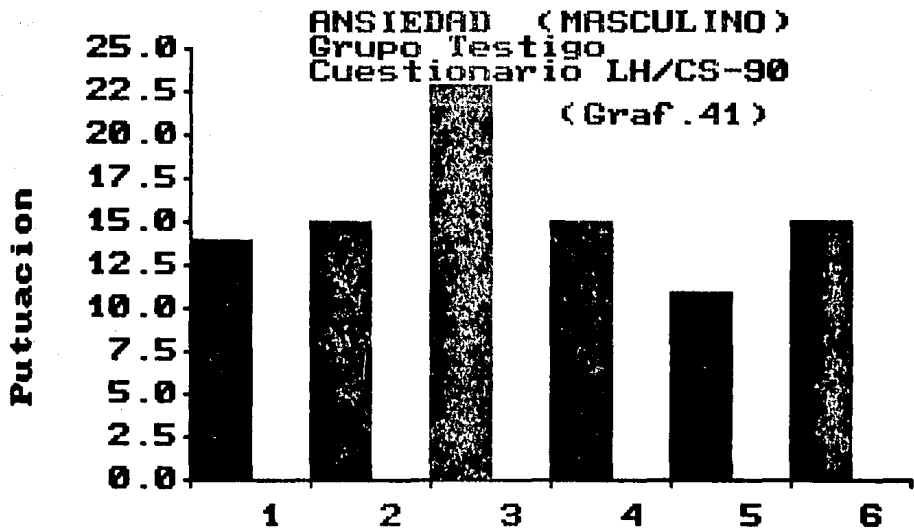
No. de paciente

FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI



No. de paciente

**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



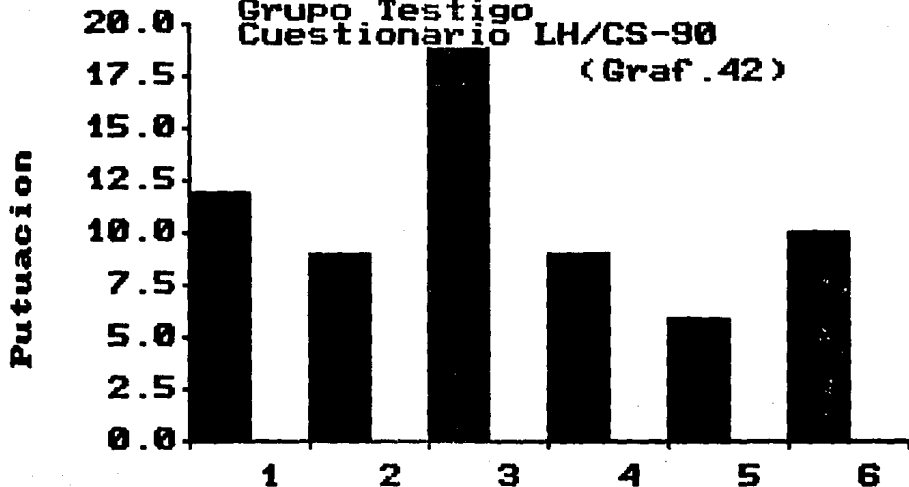
No. de paciente  
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**ANGUSTIA-HOSTILIDAD (MASCULINO)**

**Grupo Testigo**

**Cuestionario LH/CS-90**

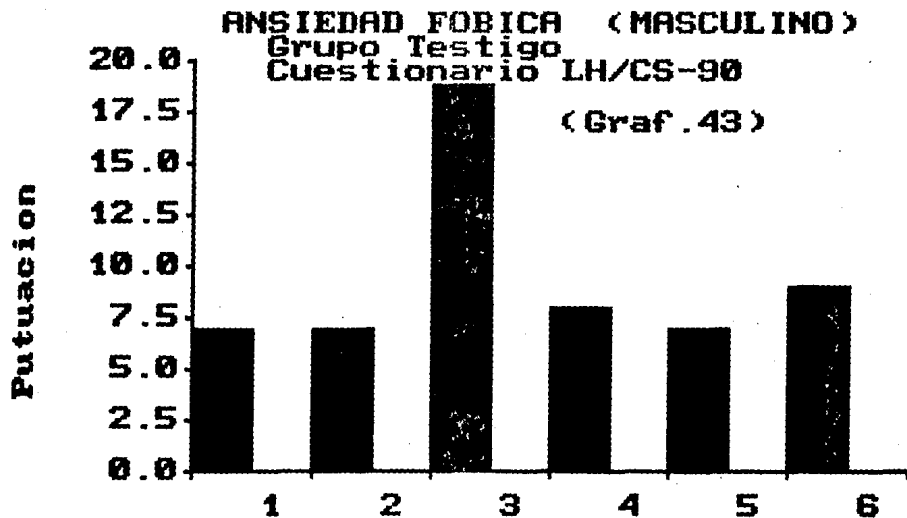
**( Graf .42 )**



**No. de paciente**

**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**





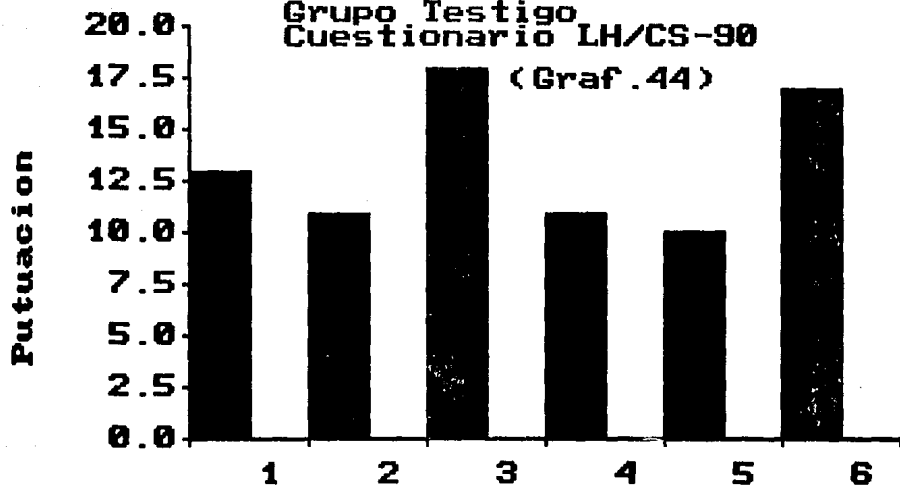
No. de paciente  
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**PSICOTISMO (MASCULINO)**

**Grupo Testigo**

**Cuestionario LH/CS-90**

**( Graf. 44 )**



**No. de paciente**

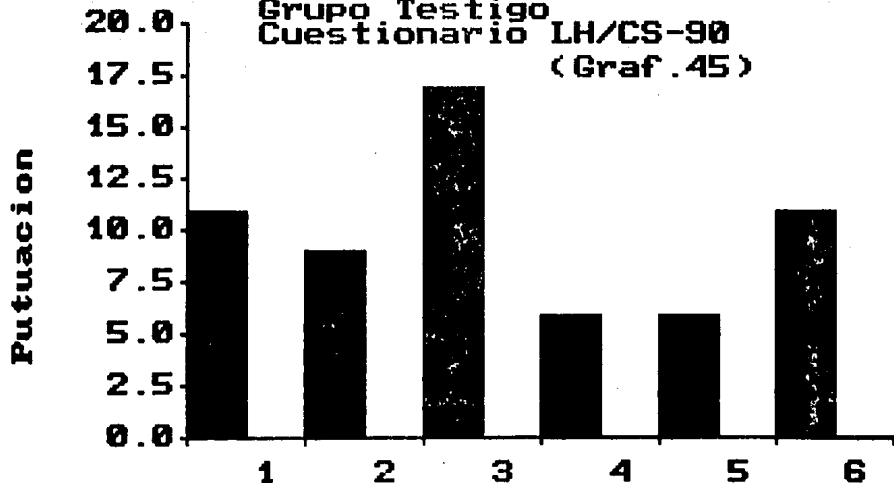
**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

**IDEACION PARANOIDE (MASCULINO)**

**Grupo Testigo**

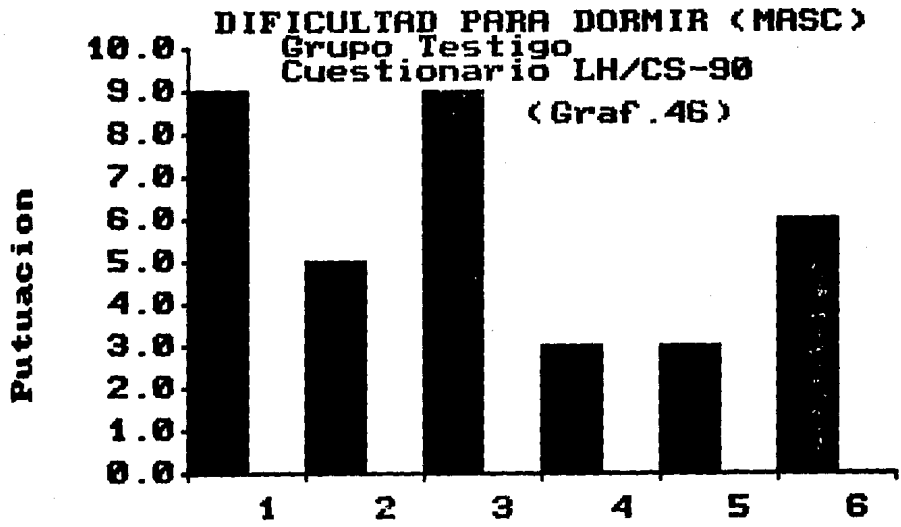
**Cuestionario LH/CS-90**

**(Graf. 45)**



**No. de paciente**

**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**



No. de paciente

**FUENTE: ENCUESTAS 1989 SCI**

#### ANALISIS:

El Síndrome de Colon Irritable es una patología muy similar a una gran variedad de entidades, siendo importante saber diferenciarla al igual que el ver la gran relación que existe con el estado emocional del individuo, ya que las visceras como cualquier órgano forma parte de un todo como lo es el ser humano, no se comporta como una entidad aislada, debido a la importancia de la enfermedad es indispensable que el médico de primer contacto la conozca (3).

En muchas ocasiones la primera impresión que se recibe del paciente puede estar enmascarada por otros síntomas como son depresión, angustia, o insomnio, pero si se investiga más a fondo encontramos que el común denominador en estas personas es el estreñimiento crónico, distensión abdominal, diarrea, ó algún otro síntoma relacionado con el SCI.

En este estudio se vió que el componente emocional es un factor de primordial importancia lo cual se corroboró en los pacientes que tuvieron mala respuesta al tratamiento, encontrándose una marcada inestabilidad emocional de acuerdo HSCl con altos porcentajes en cuanto a somatización, ansiedad, angustia-hostilidad, ideación paranoide y dificultad para dormir, como en el caso especial de un paciente del sexo femenino que recibió tratamiento con psyllium plantago la cual mostro enfermedades somaticas severas teniendo como síntoma principal dolor abdominal intenso por lo cual acudía frecuentemente al servicio de urgencias y en ocasiones se autoadministraba butil-hiocina y dipirone intravenosa, también se le detectó disfunción de pareja, en urgencias fue diagnosticada como neurosis conversiva y se canalizó al servicio de psiquiatría. Como se encuentra y se reporta en la literatura mundial que un 72 % de los pacientes con SCI se asocia a trastornos psiquiatricos. (1, 10, 11, 28).

En un paciente que recibió tratamiento con metoclorpramida tenía historia de evacuaciones alteradas desde su niñez, posterior a un cuadro diarreico que se acompañó de prolapso rectal (lo cual nunca fué referido a sus padres) el dolor era leve y la constipación poco frecuente, de acuerdo al HSCL los aspectos que predominaron fueron la somatización, depresión, ansiedad, y dificultad para dormir, en este paciente el factor principal era el estrés en su trabajo (chofer de ruta 100). Lo cual es similar a lo reportado en la literatura mundial en cuanto al inicio de la sintomatología. (2, 3, 26).

El componente emocional es un factor de primordial importancia dentro del cuadro del Síndrome de Colon Irritable, ya que en trastornos intestinales se han mostrado rasgos neuróticos, se ha encontrado que el estado psicológico como es el estrés aumentan el tono colónico. (27,28).

El mayor porcentaje de los pacientes estudiados fueron del sexo femenino lo cual concuerda con la literatura mundial, encontrando una proporción de 4-1. (1, 2, 3, 21, 23).

En cuanto a la edad mas afectada que es la tercera y cuarta decada de la vida se encontro en el estudio resultados similares, siendo el promedio encontrado 39.7 años. (23).

La dieta también es un factor importante en la génesis del padecimiento, ya que una dieta abundante en grasas, hidratos de carbono, irritantes, y escaso residuo como lo es la dieta de la población estudiada, que por sus hábitos culturales y tal vez económicos, sea la alimentación que mas frecuentemente refirieron obteniéndose buena respuesta con la modificación en los hábitos alimenticios.

Los datos clínicos en este tipo de padecimientos son muy variables y similares a otras patologías, como lo pudieran ser las parasitosis y neoplasias, y estas pueden ir desde molestias abdominales como calambres, retorcijones, ardor, torsiones, nudos, sensación de plenitud, pesadez, opresión, siendo el dolor la principal causa de consulta en el grupo estudiado, igual que en la literatura mundial. (5, 6, 7, 14, 21). No hay horario o patrón de presentación del dolor, algo que llama la atención es que un gran número de pacientes refiere que las molestias no aparecen cuando están activos, sino que cuando tienen un rato de ocio, agudizándose intensamente al presentarse desórdenes entre las relaciones interpersonales, la muerte de algún familiar o enfermedad de algún pariente cercano, pérdida de empleo, de amigos o cambio de domicilio, (1, 3, 10, 18), aunque en los pacientes estudiados se encontró como causa principal desencadenante los problemas económicos, regularmente la sintomatología no aparece durante la crisis, sino que ésta se desencadena inmediatamente después.

Los signos físicos también fueron muy variables y similares a otros procedimientos y no existe ninguno que pudiera considerarse como patognomónico, una de las condiciones notables que se encontraron en la literatura médica y en este estudio fue el adecuado estado nutricional de los individuos (2, 3, 24, 26), y en un número considerable de ocasiones se encontraron cicatrices quirúrgicas de antiguas operaciones como de colecistectomía, el resto de la exploración suele ser normal o presentar distensión o dolor a la palpación abdominal (5, 6, 7).

La historia familiar llamó la atención a los individuos de este trabajo refirieron que sus padres, hermanos o familiares cercanos presentan sintomatología similar (3).

Muchos de los médicos para llegar a realizar un diagnóstico llegan a solicitar múltiples y muy diversos estudios de laboratorio como son una biometría hemática, velocidad de sedimentación globular, pruebas de funcionamiento hepático, amilasa, pruebas de tolerancia a la glucosa, endoscopias, biopsias, exámenes de radiológicos como la colecistografía oral, colon por enema, y hasta una tomografía axial computarizada (2, 25, 26), que no son tan necesarios en la gran mayoría de las ocasiones, y pudiendo realizar el diagnóstico con exámenes que se pueden solicitar en una Unidad de primer nivel (15).



#### CONCLUSIONES:

Este trabajo se considera provechoso ya que es un estudio el cual oriente más fácilmente hacia el diagnóstico del Síndrome de Colon Irritable, como se plantea en los objetivos generales, es un método práctico y confiable, siendo clínico y con estudios de laboratorio, y que es posible realizarlas en un laboratorio común y corriente, como lo indican Kruis y colaboradores con lo cual se puede descartar patología orgánica, que pudiera poner en peligro la vida del paciente, si no se atiende a tiempo, resultando más económico para una institución, como para un paciente privado.

Los resultados obtenidos con los pacientes que durante el trabajo cooperaron en el estudio y que padecían el Síndrome de Colon Irritable en la clínica Oriente del ISSSTE no son diferentes a los que se presentan en otras partes del mundo, y aunque muchos parámetros no se tomaron en cuenta en el trabajo, durante las entrevistas a los pacientes, refirieron datos similares a los encontrados en la literatura mundial, que nos señala como principal síntoma, el dolor, la frecuencia en relación al sexo, los antecedentes heredo familiares, etc.

Lográndose identificar una gran concordancia entre el Síndrome de Colon Irritable y el estado psicológico y emocional del paciente, e incluso se llegaron a presentar estados francamente psiquiátricos con alteraciones intestinales, con lo cual se comprueba que existe una gran relación entre el SCI y factores psicógenos, dicha relación se llegó a detectar gracias al cuestionario de Hopkins y Cols.

Algunas causas que agudizaron el cuadro como son los eventos emotivos de gran intensidad también fueron detectados, al igual que algunos otros estados de ansiedad no tan aparentes.

Los fármacos utilizados en el grupo experimental funcionaron solo como amortiguadores de la sintomatología no pudiendo llegar a resolver el problema, ya que algunos pacientes respondieron adecuadamente a algún medicamento, se observó que un paciente respondió adecuadamente a la administración de placebo lo que demuestra que la enfermedad tiene un componente psicológico importante, y que ni los medicamentos enfocados exclusivamente al aparato digestivo son superiores a los de uso sistémico

Los mejores resultados por orden de frecuencia fueron en primer lugar el clorodiazepóxido, metoclorpramida, psyllium, plantago, etomidolona, y placebo.

Dentro del estudio los pacientes manejados con dieta exclusivamente referían que mejoraba su sintomatología, algunos de ellos manifestaron que les gustaría tomar algún medicamento y otros se resistieron a no seguir mas que el regimen dietético, por lo que acudían con otros médicos, otra dificultad que se presentó fue la inasistencia en alguna de las citas que se le programaban al paciente, aunque al final de cuentas asistían uno o dos días después.

La mayoría de los tratamientos son puramente sintomáticos ya que no existe un tratamiento al que se le pudiera considerar apropiado para esta patología, por lo que existe una gran variedad y diversidad de los mismos, por lo tanto para realizar un buen tratamiento debe realizarse un plan terapéutico, el cual debe incluir una buena relación médico-paciente y todo lo que ello conlleva, otro punto de primordial importancia es la educación del paciente, el ajustar su dieta, el aprender a manejar su estrés.

Ultimamente, como un recurso terapéutico mas y que há tomado un auge importante y gran popularidad para diversas patologías es la psicoterapia, que en algunos pacientes ha dado muy buenos resultados, y aunque no se tenga el apoyo necesario para decir que es un instrumento útil y que puede ser beneficioso.

Es importante seguir con más estudios ya que actualmente no se cuenta con los suficientes para determinar la causa y el tratamiento más adecuado.

Por lo que sería de suma importancia el realizar un estudio en una población abierta con mayor cantidad de pacientes a los cuales se les pueda investigar los antecedentes desde su niñez, los hábitos higiénico-dietéticos que presentan, el medio que los rodea, y la relación que exista con otro tipo de patologías.

Por lo que se considera, sería más conveniente el utilizar el cuestionario de Kruis y colaboradores para el diagnóstico, y el cuestionario de Hopkins y colaboradores para determinar el estado psicológico del paciente debido a la gran relación que tiene con el síndrome. y observar así, si algún paciente presenta alguna enfermedad orgánica o psiquiátrica la cual sea necesaria canalizarla a otro nivel de atención.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE KRUIS

PRIMERA PARTE: PARA SER LLENADO POR EL PACIENTE

Por favor anote la respuesta que sea mas adecuada a las molestias que siente marcando con una "X" en el cuadro correspondiente donde haya más de una opción (tipo de dolor y tipo de evacuaciones) puede contestar mas de una respuesta.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

UNIDAD MEDICA: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

	SI	NO	
1.- ACUDE A CONSULTA DEBIDO A DOLORES ABDOMINALES	—	—	12
2.- SUFRE DE INFLAMACION ABDOMINAL (GASES)	—	—	11
3.- SIENTE QUE SUS MOVIMIENTOS INTESTINALES LE CAUSAN ALGUNA MOLESTIA	—	—	11
4.- HA TENIDO ALGUNA DE ESAS MOLESTIAS POR MAS DE DOS AÑOS	—	—	16
5.- PODRIA DESCRIBIR SU DOLOR ABDOMINAL CON ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:			
QUEMANTE	—	—	
CORTANTE	—	—	
MUY FUERTE	—	—	
COMO SI LO ESTUVIERAN OPRIMIENDO	—	—	
SORDO (DIFICIL DE DESCRIBIR)	—	—	
TALADRANTE	—	—	
NO DEMASIADO FUERTE	—	—	
NO TIENE DOLOR ABDOMINAL	—	—	23
6.- TIENE PERIODOS DE ESTRINIMIENTO QUE SE ALTERNAN CON PERIODOS DE DIARREA	—	—	14

7.- SUS EVACUACIONES (EXCREMENTO) TIENE ALGUNA(S)  
DE LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS:

MUY DELGADAS (COMO LAPIZ)	___	___
EN FORMA DE BOLITAS PEQUEÑAS	___	___
FORMADAS Y DURAS AL INICIO	___	___
Y MUY BLANDAS AL FINAL	___	___
CON MOCO	___	___
NINGUNA DE LAS CARACTERISTICAS	___	___
ANTERIORES	___	___ 0

CALIFICACION \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE KRUIS

SEGUNDA PARTE: PARA SER APLICADO POR EL MEDICO

Llene por favor la casilla correspondiente a los hallazgos de su exploración e interrogatorio, así como los resultados de los exámenes de laboratorio. Marque con una "X" en la respuesta mas adecuada.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

REGISTRO EN EL ESTUDIO \_\_\_\_\_

	SI	NO	
1.- HALLAZGOS FISICOS ANORMALES (MASAS, TUMORES, PLASTRONES)	___	___	-24
2.- HISTORIA DE OTRAS ENFERMEDADES INTESTINALES CRONICAS (DIVERTICULOS, POLIPOS, CUCI, ETC.)	___	___	-23
3.- FIEBRE MAYOR DE 38.5 C DURANTE LA ULTIMA SEMANA	___	___	0
4.- PESO BAJO (MENOR DE LA TALLA -100 cms.)	___	___	0
5.- PERDIDA DE PESO QUE EXCEDA A 5 Kgs. EN LOS ULTIMOS 6 MESES (SIN DIETAS)	___	___	0
6.- VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR MAYOR DE 20 mm. EN 2 HORAS.	___	___	-13
7.- LEUCOCITOSIS MAYOR DE 10 000 X cms.	___	___	-50
8.- HEMOGLOBINA DISMINUIDA MENOR DE 10 grs. x % EN MUJERES MENOR DE 12 grs. x % EN HOMBRES	___	___	-98
9.- SANGRE OCULTA EN HECEs (EN ALGUNA DETECCION DE LABORATORIO)	___	___	-98
10.- COPROPARASITOSCOPICO POSITIVO A PATOGENOS	___	___	

EXCLUIR.

CALIFICACION en No. negativos \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION 1a. parte \_\_\_\_\_  
 CALIFICACION FINAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

## LISTADO DE SINTOMAS DE HOPKINS

Por favor anote solo una opción de acuerdo a la respuesta mas adecuada a las preguntas. Anotandolas unicamente en el sitio marcado para la contestación.

	NADA	POCO	BASTANTE	DEMASIADO
1. Tiene dolores de cabeza	—	—	—	—
2. Tiene sensación de nerviosismo o agitación	—	—	—	—
3. No recuerda pensamientos, ideas o palabras que no quiera que se fueran de su mente	—	—	—	—
4. Tiene desmayos o mareos	—	—	—	—
5. Siente perdida del interés o del placer sexual	—	—	—	—
6. Reciente demasiado las críticas de otros	—	—	—	—
7. Piensa que alguien puede controlar sus pensamientos	—	—	—	—
8. Siente que los demás reclaman por muchos de tus problemas	—	—	—	—
9. Tiene dificultad para recordar las cosas	—	—	—	—
10. Siente preocupación por su descuido o por su falta de aseo	—	—	—	—
11. Siente que se angustia o se irrita con facilidad	—	—	—	—
12. Tiene dolor en el pecho o en el corazón	—	—	—	—
13. Siente temor en la calle o en los espacios abiertos	—	—	—	—

14. Tien sensación de baja energía o abatimiento	—	—	—	—
15. Presiente que su vida va a finalizar	—	—	—	—
16. Oye voces que otras personas no escuchan	—	—	—	—
17. Tiene temblores	—	—	—	—
18. Desconfía de la mayoría de la gente	—	—	—	—
19. Siente poco apetito	—	—	—	—
20. Lloro con facilidad	—	—	—	—
21. Siente timidez o inquietud con las personas del sexo opuesto	—	—	—	—
22. Tien sensación de que esta enganchado en algo o de que cayó en la trampa	—	—	—	—
23. Tiene miedo o terror súbito sin una razón aparente	—	—	—	—
24. Su carácter es explosivo sin que usted lo pueda controlar	—	—	—	—
25. Siente temor de salir solo de su casa	—	—	—	—
26. Se reprocha a solas de ciertas cosas	—	—	—	—
27. Tiene dolor en la parte baja de la espalda	—	—	—	—
28. Siente que las cosas que hace o ha hecho le son bloqueadas	—	—	—	—
29. Se siente solo	—	—	—	—
30. Se siente triste	—	—	—	—
31. Se preocupa demasiado por las cosas	—	—	—	—



32.No siente interés por las cosas	___	___	___	___
33.Se siente temeroso	___	___	___	___
34.Siente que lo hieren o se afecta fácilmente	___	___	___	___
35.Siente que otras personas vigilan sus pensamientos privados	___	___	___	___
36.Siente que los demás no lo entienden o no les es simpático	___	___	___	___
37.Siente que la gente no es amigable o usted les disgusta	___	___	___	___
38.Tiene que hacer las cosas lentamente para asegurarse de que están bien hechas	___	___	___	___
39.Siente palpitaciones o que su corazón late demasiado fuerte	___	___	___	___
40.Tiene náuseas o vómitos	___	___	___	___
41.Se siente inferior a los demás	___	___	___	___
42.Tiene molestias en sus músculos	___	___	___	___
43.Siente que los demás lo observan o comentan algo con referencia a usted	___	___	___	___
44.Tiene dificultades para conciliar el sueño	___	___	___	___
45.Tiene que checar o recheckar lo que ya hizo	___	___	___	___
46.Tiene dificultades para tomar decisiones	___	___	___	___
47.Siente temor de viajar en autobús, trenes o en el metro	___	___	___	___

48. Tiene problemas para la inspiración (para meter aire a sus pulmones)	___	___	___	___
49. Tiene períodos de mucho frío o calor	___	___	___	___
50. Tiene que evitar ciertas cosas lugares o actividades porque ellas le atemorizan	___	___	___	___
51. Siente que tiene la mente en blanco	___	___	___	___
52. Siente adormecimiento o punzadas en alguna parte de su cuerpo	___	___	___	___
53. Siente un nudo en la garganta	___	___	___	___
54. Siente desesperanza hacia el futuro	___	___	___	___
55. Tiene dificultad para concentrarse	___	___	___	___
56. Siente debilidad en alguna parte del cuerpo	___	___	___	___
57. Se siente muy tenso o a punto de explotar	___	___	___	___
58. Tiene sensación de pesantez en los brazos o piernas	___	___	___	___
59. Presiente que va a morir o que alguien va a morir	___	___	___	___
60. Siente exceso de apetito	___	___	___	___
61. Siente la inquietud cuando la gente lo observa o habla acerca de usted	___	___	___	___
62. Tien pensamientos que no son suyos	___	___	___	___
63. Se siente incitado a herir, golpear o insultar a alguien	___	___	___	___

- |   |     |     |     |     |
|---|-----|-----|-----|-----|
| 64. Despierta durante la madrugada  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 65. Tiene que repetir las mismas acciones como son el tocar, lavarse o recontar las cosas | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 66. Su sueño es inquieto o con interrupciones   | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 67. Se siente incitado a golpear o romper algo  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 68. Siente o cree que los demás no son compartidos como usted lo es                       | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 69. Se siente aislado con usted mismo a pesar de estar con otras personas                 | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 70. Se siente incómodo donde hay mucha gente como en el mercado o en cines                | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 71. Siente que todo le cuesta un gran esfuerzo  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 72. Tiene periodos de temor o pánico  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 73. Se siente incómodo cuando come o bebe en público                                      | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 74.cae en discusión con facilidad   | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 75. Se siente nervioso cuando está o va solo  | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 76. Cree que los demás no reconocen sus méritos   | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 77. Se siente solo siempre que esta con gente   | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 78. Se siente muy inquieto o no puede mantenerse quieto                                   | ___ | ___ | ___ | ___ |
| 79. Siente que lo que hace no   | ___ | ___ | ___ | ___ |

vale la pena

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|   | — | — | — | — |
| 80. Siente que las cosas que le son familiares ahora le son extrañas o irreales | — | — | — | — |
| 81. Grita o arroja objetos  | — | — | — | — |
| 82. Siente temor de que usted pueda desmayarse en público                       | — | — | — | — |
| 83. Siente que la gente puede tomar ventaja de usted, si usted los deja         | — | — | — | — |
| 84. Tiene pensamientos sobre el sexo que lo inquietan demasiado                 | — | — | — | — |
| 85. Cree que debe ser castigado por sus pecados                                 | — | — | — | — |
| 86. Requiere de estar ocupado constantemente                                    | — | — | — | — |
| 87. Cree que algo serio está pasando en su cuerpo                               | — | — | — | — |
| 88. Nunca se siente cercano a una persona                                       | — | — | — | — |
| 89. Tiene sentimientos de culpa   | — | — | — | — |
| 90. Piensa que algo anda mal en su mente  | — | — | — | — |

59 ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACION DE LA EVOLUCION  
 CUESTIONARIO PARA APLICACION POR EL MEDICO  
 POR FAVOR MARQUE CON UNA "x" LA SINTOMATOLOGIA QUE EL PACIENTE  
 REFIERA, SEÑALANDO EN LA COLUMNA DE LA CONSULTA CORRESPONDIENTE.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ REGISTRO \_\_\_\_\_

**DOLORES ABDOMINAL**

No. de consulta subsecuente	Deterioro del cuadro	Sin modificación de los síntomas	Mejoria parcial	Sin datos clínicos actuales
--------------------------------	-------------------------	-------------------------------------	--------------------	-----------------------------------

1a.	_____	_____	_____	_____
2a.	_____	_____	_____	_____
3a.	_____	_____	_____	_____
4a.	_____	_____	_____	_____
5a.	_____	_____	_____	_____

**FLATULENCIA**

1a.	_____	_____	_____	_____
2a.	_____	_____	_____	_____
3a.	_____	_____	_____	_____
4a.	_____	_____	_____	_____
5a.	_____	_____	_____	_____

**METEORISMO**

1a.	_____	_____	_____	_____
2a.	_____	_____	_____	_____
3a.	_____	_____	_____	_____
4a.	_____	_____	_____	_____
5a.	_____	_____	_____	_____

**DISTENSION ABDOMINAL**

1a.	_____	_____	_____	_____
2a.	_____	_____	_____	_____
3a.	_____	_____	_____	_____
4a.	_____	_____	_____	_____
5a.	_____	_____	_____	_____

ESTRENIMIENTO

1a.	---	---	---	---
2a.	---	---	---	---
3a.	---	---	---	---
4a.	---	---	---	---
5a.	---	---	---	---

DIARREA

1a.	---	---	---	---
2a.	---	---	---	---
3a.	---	---	---	---
4a.	---	---	---	---
5a.	---	---	---	---

TENESMO

1a.	---	---	---	---
2a.	---	---	---	---
3a.	---	---	---	---
4a.	---	---	---	---
5a.	---	---	---	---

EVACUACIONES ALTERADAS

(Hacintadas, diarreicas, fragmentadas)

1a.	---	---	---	---
2a.	---	---	---	---
3a.	---	---	---	---
4a.	---	---	---	---
5a.	---	---	---	---

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Barrett J., Gerber P., Prevalence of depression and its correlates in general medical practice. *J. Affect Dis.* : 12 (2). March-April 1987. pp.167-174.
- 2.- Bockus H., Cols., *Gastroenterología.* 3a. edición, Editorial Salvat. Barcelona España 1980. pp.927-947.
- 3.- *Clinicas de Practica Médica., Medicina Familiar. Enfermedades del aparato digestivo.* Editorial Interamericana. México D. F. 1988 vol. 1, pp.103-113.
- 4.- Deregatis L., Lipman R., Rickels K., Uhleuth E., Covi L., The Hopkins symptom checklist (HSCL): A self report symptom inventory. *Behavioral science*: 19, 1979. pp. 1-15.
- 5.- Drossman D., Diagnosis of irritable bowel syndrome. *Ann int Med*: 90 (3), March 1979. pp. 431-432.
- 6.- Drossman D., Diagnosis of irritable bowel syndrome: A simple solution?, *Gastroenterology*: 81 (7), July 1984. pp. 224-225.
- 7.- Drossman D., Sandler R., Mckee D., Lovitz A., Bowel Patterns amongsubjets not seeking health care. *Gastroenterology*: 83 (3), September 1982. pp. 529-534.
- 8.- Drossman D., Powell D., Sesion J., The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*: 73 (4), October 1977. pp. 811-822.
- 9.- Editorial. An irritable mind or an irritable bowel?. *Lancet*: December 1st 1984, pp.1249-1250.
- 10.- Esler M., Gouldto K., Levels of anxiety in colonic disorders. *N Engl J Med*: 288 (1), Jan 4 1973. pp. 16-20.
- 11.- Favarelli C., Albanesi G., Poli E., Assesment of depression: A comparison of scales. *J Afec Dis*: 11 (3), November-December 1986. pp.245-253.
- 12.- Guyton A. *Fisiología Médica.* 6o. edición, Editorial Interamericana, Barcelona España 1988, pp. 782-798.
- 13.- Jojansen R., Koster B., Jacobsen K., Forde O., Association between symptoms of irritable colon and psychological and social conditions and lifestyle. *Br. Med J* : 292(21) June 1986. pp. 1633-1625.

- 14.- Kirsner J., The irritable bowel syndrome. Arch Intern Med: 141, April 1981. pp. 635-639.
- 15.- Kruijs W., Weisnerl T., Schussler P., Holl J., Paulus W., A diagnosis score for the irritable bowel syndrome. Gastroenterology: 87 (1). July 1984. pp. 1-7.
- 16.- Lipman R. Covi L., Shapiro K., The Hopkins symptom checklist (HSCL). J Affect Dis: 1 (1). January-February 1979. pp.9-24.
- 17.- Manning A., Thompson W., Heaton K., Morris A., Towards positive diagnosis of the irritable bowel. Br Med J : 2 September 1978. pp. 653-654.
- 18.- Dettle G., Heaton K., Is there a relationship between symptoms of the irritable bowel syndrome and objetibe measurements of large bowel fuction?. A longitudinal study. Gut: 25, 1986. pp. 1025-1028.
- 19.- Ritchie J., Truelove A., KLtreatment of irritable bowel syndrome with lorazepan, hiocine, buthlbromide and ispaghula husk, Br Med J : 1, 1979. pp. 376-378.
- 20.- Rose J., Truoughton A., Harvey J., Smith P., Depression and fuctional bowel disorders in gastrointestinal out patients . Gut: 27, 1987. pp. 1025-1028.
- 21.- Snape W., Sindrome de colon irritable. Tribuna medica: 628 (5), Septiembre 1987. pp. 9-14.
- 22.- Smart D. , Mayberry J., Atkinson M., Alternative medicine consultations and remedies in patients with irritable bowel syndrome. Gut: 27, 1986. pp. 826-828.
- 23.- Thompson W., Irritable bowel syndrome: prevalence, prognosis and consequences. Can Med Assoc J: 134, January 15, 1986. pp.111-113.
- 24.- Thompson W., Heathon K., Functional bowel disorders in apparently healthy people. Gastroenterology: 89 (2), 1989. pp. 283-288.
- 25.- Treacher D., Chapman J., Nolan D., Jewell D., Irritable bowel syndrome:is a barium enema necessary?, Clinical radiology: 37. 1986. pp.87-88.



26.- Villalobos J. Introducción a la Gastroenterología, Reimpresión 1989, Editorial Mónde: Oteo. México D. F., pp. 362-367.

27.- YSoung S., Alpers D., Norlanc Ch., Woodruf R., Psychiatric illness and the irritable bowel syndrome. Gastroenterology: 70 (2), February 1976. pp. 162-166.

28.- Welch G., Hillman L., Pomare E., Psychoneurotic symptomatology in the irritable bowel syndrome: A study of reporters and non-reporters. Br Med J: 291 (16), November 1985. pp.1382-1384.