



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL



ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA

SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**VALORACIÓN DEL EFECTO DE *Nux vomica* 30c EN EL
DOLOR, EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA**

PRESENTA:

SERGIO ROMEO CASTILLO BAÑOS

DIRECTORAS:

M.C.H. MARÍA DE LOURDES CRUZ JUÁREZ

C.D. MARÍA ERNESTINA MOCTEZUMA LECHUGA

México, D.F. Noviembre, 2010

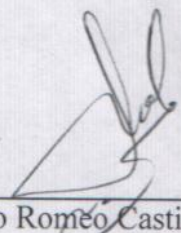


INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

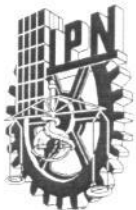
CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México, D.F., el día 31 del mes Agosto del año 2010, el que suscribe Sergio Romeo Castillo Baños alumno del Programa de la Especialidad en Terapéutica Homeopática con número de registro A080463, adscrito a la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, manifiesta que es autor intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de Dra. María de Lourdes Cruz Juárez y C:D: María Ernestina Moctezuma Lechuga y cede los derechos del trabajo intitulado VALORACIÓN DEL EFECTO DE *Nux vómica* 30c EN EL DOLOR, EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser **obtenido** escribiendo a la siguiente dirección sergiorcastillo@hotmail.com. Si el permiso se **otorga**, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.



Sergio Romeo Castillo Baños



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D.F. siendo las 12:00 horas del día 23 del mes de Agosto del 2010 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis, designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de La ENMH para examinar la tesis titulada:

VALORACIÓN DEL EFECTO DE Nux vómica 30c EN EL DOLOR,
EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

Presentada por el alumno:

CASTILLO

Apellido paterno

BAÑOS

Apellido materno

SERGIO ROMEO

Nombre(s)

Con registro:

A	0	8	0	4	6	3
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de:

LA ESPECIALIDAD EN TERAPÉUTICA HOMEOPÁTICA

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **APROBAR LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.


LA COMISIÓN REVISORA

Directores de tesis


Dra. Maria de Lourdes Cruz Juárez


C.D. Maria Ernestina Moctezuma Lechuga


Dr. Juan Salas Benito


Dra. Maria Esther Ramirez Moreno


Dra. Luz María Barajas Fariás



PRESIDENTE DEL COLEGIO DE PROFESORES
SECRETARÍA DE

EDUCACION PUBLICA

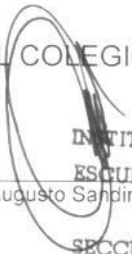
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL

ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA

Y HOMEOPATIA

SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

E INVESTIGACION


Dr. César Augusto Sandino Reyes Lopez



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL SECRETARIA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

ACTA DE REGISTRO DE TEMA DE TESIS Y DESIGNACIÓN DE DIRECTORES DE TESIS

México, D.F. a 1º de junio del 2009

El Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de La ENMH en su sesión Extraordinaria No. 1ª celebrada el día 3 del mes de Febrero conoció la solicitud presentada por el(la) alumno(a):

<u>Castillo</u> Apellido paterno	<u>Baños</u> Apellido materno	<u>Sergio Romeo</u> Nombre (s)							
		Con registro: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">A</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> </tr> </table>	A	0	8	0	4	6	3
A	0	8	0	4	6	3			

Aspirante de: La Especialidad en Terapéutica Homeopática

1.- Se designa al aspirante el tema de tesis titulado:
VALORACIÓN DEL EFECTO DE *Nux vómica* 30c EN EL DOLOR,
EN EL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

De manera general el tema abarcará los siguientes aspectos:
Valorar el efecto analgésico de la *Nux vómica* en el síndrome de intestino irritable.

2.- Se designan como Directores de Tesis a los Profesores:
Dra. María de Lourdes Cruz Juárez y C.D. María Ernestina Moctezuma Lechuga

3.- El trabajo de investigación base para el desarrollo de la tesina será elaborado por el alumno en:
La ENMH

que cuenta con los recursos e infraestructura necesarios.

4.- El interesado deberá asistir a los seminarios desarrollados en el área de adscripción del trabajo desde la fecha en que se suscribe la presente hasta la aceptación de la tesis por la Comisión Revisora correspondiente:

Directores de Tesis

Dra. María de Lourdes Cruz Juárez

Aspirante

Sergio Romeo Castillo Baños

C.D. María Ernestina Moctezuma Lechuga

Presidenta del Colegio



SECRETARIA DE
INVESTIGACION PUBLICA
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA
Y HOMEOPATIA
COLEGIO DE PROFESORES DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION

Dedicatoria

A Dios Todopoderoso JEHOVÁ, que me ha puesto en este camino, gracias.

A mis padres Romeo, ya fallecido y Gloria, que me han apoyado en todo, gracias.

A mis Hermanos (as) y Sobrinos (as), que son verdaderos amigos, gracias.

A todos mis demás familiares.

A Vanessa con todo mi amor, que llegó de la Madre Patria para estar a mi lado.

A la ENMyH-IPN, que me ha formado, gracias.

ÍNDICE

1. Abreviaturas	X
2. Resumen	XI
3. Abstract	XII
4. Glosario	XIII
5. Introducción	1
6. Síndrome de Intestino Irritable	3
6.1 Epidemiología	10
6.2 Fisiopatología	12
6.3 Cuadro Clínico	18
6.3.1 Definición de dolor	22
6.3.2 Dolor abdominal	22
6.4 Diagnóstico	24
6.4.1 Criterios Diagnósticos de Roma II	29
6.5 Tratamiento	31
6.5.1 Tratamiento Farmacológico	33
6.5.2 Dieta	37
6.6 Apoyo psicológico y Pronóstico	42
7 Homeopatía	44
7.1 Antecedentes	49
8. Justificación	60
9. Planteamiento del problema	63
10. Hipótesis	63
11. Objetivo General	63
11.1 Objetivos Específicos	63
12. Criterios de Inclusión	63
12.1 Criterios de Exclusión	64

12.2 Criterios de Eliminación	64
13. Tipo de Estudio	65
14. Metodología	67
13.1 Medición del dolor	69
13.1.2 Escala Visual Análoga-EVA	70
15. Resultados	71
15.1 Análisis de Resultados	80
16. Discusión	82
17. Conclusión	85
18. Bibliografía	86
19. Anexos:	
19.1 Formato de carta de consentimiento informado	93
19.2 Formato de historia clínica homeopática	95

Lista de figuras

Fig. No.1.-Paciente con dolor abdominal, con SII.	6
Fig. No.2.-Intestino grueso.	14
Fig. No.3.-Paciente con distensión abdominal, con SII.	18
Fig. No.4.-Exploración del paciente con dolor abdominal.	20
Fig. No 5.-Paciente con dolor abdominal, con SII.	23
Fig. No.6.-Medicamentos alopáticos para el tratamiento del SII.	36
Fig. No.7.-Alimentos que producen gran cantidad de gas intestinal en el SII.	37
Fig. No.8.-Alimentos que producen gran cantidad de gas intestinal en el SII.	38
Fig. No.9.-Alimentos que producen gran cantidad de gas intestinal en el SII.	39
Fig. No.10.-Descubridor de la Homeopatía.	43
Fig. No 11.- <i>Nux vómica</i>	44
Fig. No.12.-Metodología	66
Fig. No.13.-Escala visual análoga –EVA.	70
Fig. No.14.-Total de Mujeres y Hombres.	73
Fig. No.15.-Frecuencia por edades.	74
Fig. No.16.-Grupo control con tratamiento convencional (alopatía).	75
Fig. No.17.-Grupo control-placebo.	76
Fig. No.18.-Grupo con <i>Nux vomica</i> 30c.	77
Fig. No 19.-Comparación de los grupos, inicio y final del tratamiento.	78

Fig. No.20.-Comportamiento y tiempo de acción de cada medicamento en los diferentes grupos en el SII.

79

Abreviaturas

EVA	Escala Visual Análoga.
SII	Síndrome de Intestino Irritable.
SNC	Sistema Nervioso Central.
SNE	Sistema Nervioso Entérico.
Roma II	Criterios Diagnóstico de Roma II, para el SII.
IL-10/IL-12	Interleukinas.
CCK-8	Colecistokinina.
IASP	Internacional Association for the Study of Pain.
Tc99	Technetium-99.
VES	Velocidad de eritrosedimentación.
LM	Escala cincuenta milésima.
SIITH	Síndrome de Intestino Irritable y Tratamiento Homeopático.
VENDSII	Valoración del efecto de <i>Nux vomica</i> 30c en el dolor en el SII.

Resumen

En el presente estudio se utilizó *Nux vomica* 30c glóbulos, valorando su efecto analgésico, en el SII. Este trabajo se realizó en la Clínica de Homeopatía de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional a 25 pacientes de 18 a 55 años, desertando 7 (4 hombres y 3 mujeres), en la segunda consulta, por aparente mejoría, quedando 18 pacientes mujeres, con SII, de 20 a 40 años de edad. Se les elaboró una historia clínica homeopática a cada uno de ellos, se seleccionaron de acuerdo a los criterios de Roma II. Se les informó del estudio y se firmó Carta de Aceptación. Se valoraron los 18 pacientes con la escala del dolor de EVA, Se dividió aleatoriamente a los 18 pacientes en tres grupos de 6 pacientes cada uno; grupo A-1 control con tratamiento convencional, trimebutina 200 mg, una tableta antes de cada alimento 3 veces al día por 2 meses y revisiones cada semana; grupo B- 2 placebo, 5 glóbulos 3 veces por día, por 2 meses y revisiones cada semana y grupo C- 3, medicado con *Nux vomica* 30c glóbulos.5 glóbulos 3 veces por día, por 2 meses y revisiones cada semana. Sin modificación de hábitos alimenticios. Los resultados evaluados de acuerdo a la EVA, fueron muy satisfactorios con el grupo C-3, medicado con *Nux vomica* 30c, glóbulos (mejoría de 2 a 7 puntos en la escala de EVA, promedio de 50% de mejoría). El grupo B-2 Control-placebo, los resultados fueron poco satisfactorios (mejoría de 1 punto en la escala de EVA, 10% de mejoría); y por último el grupo A-1, control con tratamiento convencional, con resultados satisfactorios (mejoría de 4 puntos, de 8 a 4 en la escala de EVA, promedio de 40% de mejoría). Conclusión: De los resultados obtenidos podemos observar que *Nux vomica* 30c, disminuye de manera importante el dolor, de acuerdo a la escala de EVA en el SII.

Abstract

In the present study was utilized *Nux vomica* 30c globules, valuing its analgesic effect, in the SII. This work was carried out in the Homeopathy Clinic of the Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional to 25 patients from 18 to 55 years, deserting 7 (4 men and 3 women), in the second consults, by apparent improvement, remaining 18 patient women, with SII, from 20 to 40 years of age. It devised a homeopathic medical history to each one of them, they were selected according to the criteria of Rome II. It was reported them of the study and Letter of Acceptance was signed. Then being obtained measurements It was divided randomly the 18 patients in three groups of 6 patients each one; the group A-1 control with conventional processing, a tablet of 200 mg. of trimebutina, before each food 3 times a day for 2 months and reviews each week; group B- 2 placebo, 5 globules 3 times for day, for 2 months and reviews each week and group C- 3, medicated with *Nux vomica* 30c globules. 5 globules 3 times for day, for 2 months and reviews each week. Without modification of alimentary habits. The results were evaluated with the EVA, those ones were very satisfactory with the group C-3, medicated with *Nux vomica* 30c, globules (improvement from 2 to 7 points in the scale of EVA, average of 50% of improvement). The group B-2 Control-Placebo, the results were little satisfactory (improvement of 1 point in the scale of EVA, 10% of improvement); and finally the group A-1, control with conventional processing, with satisfactory results (improvement of 4 points from 8 to 4 in the scale of EVA, average of 40% of improvement), Conclusion: Of the results obtained we can observe that *Nux vomica* 30c, diminishes in an important way the pain, according to the scale of EVA in the SII.

Glosario

Anticolinérgico

Dícese de la sustancia anticolinérgica que actúa compitiendo con el neurotransmisor acetilcolina por los puntos receptores de las uniones sinápticas. Disminuyen el espasmo del músculo liso, ej. Intestino.

Constipación

Dificultad en la eliminación de las heces o emisión incompleta e infrecuente de heces anormalmente duras obedece a múltiples causas orgánicas como funcionales.

Diarrea

Eliminación frecuente de heces sueltas y acuosas, generalmente debido al aumento de la motilidad del colon. Las heces pueden contener también moco, pus, sangre o una cantidad excesiva de grasa.

Dispepsia

Sensación de molestia gástrica vaga que se siente después de la ingesta. Combina sensaciones de plenitud, ardor, meteorismo y náuseas. No se trata de una entidad nosológica, sino de un síntoma que quizás indique alguna enfermedad subyacente, como úlcera péptica, colecistopatía o apendicitis crónica.

Dolor

Es una modalidad sensorial individual, desagradable que se origina en el mundo exterior o interior y es considerado un sistema primario de alarma.

Epidemiología

Estudio de la incidencia, distribución y etiología de las enfermedades en el hombre.

Escala visual análoga – EVA (Línea de 1-10 cm)

La EVA es una herramienta que permite que la dimensión del dolor sea comprendida, el diseño de la EVA es literalmente la presentación de una línea de 10 cm, pudiendo ser horizontal (Hussinson) o vertical (Sriwatanakut). Esta escala logra que el paciente con la propia estimación de su dolor, nos indique el dolor que sufre en ese momento, en donde el 0 corresponde a la ausencia de dolor total, el 10 al dolor severo, con la aplicación de una frase sencilla: de 0 a 10, cuanto le duele.

Estrés

Cualquier agresión emocional, física, social, económica, o de otro tipo que exija una respuesta o un cambio por parte del individuo.

Fisiopatología

Estudio de las manifestaciones biológicas y físicas en las enfermedades en lo referente a su correlación con las anomalías estructurales y los trastornos fisiológicos adyacentes; explica los procesos que determinan sus signos y síntomas.

Flatulencia

Aire o gas presente en el intestino y expulsado a través del recto.

Glóbulos

Pequeñas esferas de lactosa, de aproximadamente 0.05 g, que sirven para impregnarlas de una dilución homeopática. Se emplean cuando se prescriben

tomas regulares, por lo general a razón de tres a cinco glóbulos por toma. Al tomarlos es necesario dejar que se deshagan lentamente sobre la lengua.

Homeopatía

La homeopatía es una doctrina médica, filosófica y científica, basada primordialmente en la ley de los semejantes; descubierta por Samuel Hahnemann (1755-1843).

Incidencia

Número de casos nuevos que aparecen en la población durante un período concreto de tiempo. Este es un concepto dinámico que se refiere al desarrollo de la enfermedad en un lapso y no a la acumulación de casos en un momento determinado, que es lo que mide la prevalencia. La tasa de incidencia se usa para las enfermedades agudas, porque en éstas es más fácil precisar el número de casos nuevos. Cuando la enfermedad es de muy corta duración, como sucede en muchas enfermedades infecciosas agudas, la incidencia puede ser igual a la prevalencia. Se calcula dividiendo el número de casos producidos en un determinado período por la población media existente en el mismo período.

Lactosa

Disacárido que se halla en la leche.

Materia Médica

Obra enciclopédica que explica el origen de cada sustancia medicamentosa, su método de preparación y todos los síntomas que esta sustancia ha podido provocar durante su experimentación en un sujeto sano (patogenesia) o curar en una persona enferma.

Meteorismo

Acúmulo de gas en el abdomen o el intestino.

Nux vomica

La baya es redonda, de 7 a 10 cm de diámetro, de color anaranjado brillante; cuando madura se cubre de una cubierta lisa y dura que contiene una pulpa gelatinosa en la que se encuentran las semillas, en número de 1 a 5; éstas son planas e irregulares, de 2 cm de diámetro, 7 mm de grueso, cóncavoconvexas, con un ancho margen grueso dando la apariencia de una depresión central; son grises o verdes, córneas, brillantes; de donde se extrae y procesa el remedio homeopático *Nux vomica*.

Patogenesia

Experimentación de una sustancia (diluida y dinamizada según los principios establecidos por Hahnemann) en un sujeto voluntario sano, que permite definir sus efectos y transcribir sus características en la materia médica.

Placebo

Es una sustancia que tiene el aspecto de un medicamento pero no contiene ningún principio activo. Dicho de otra modo, es una sustancia inactiva.

Prevalencia

Número de casos nuevos de una enfermedad o de veces que ha aparecido un caso durante un período de tiempo determinado, en una población; estos casos pueden haberse acumulado en un período de tiempo, pero lo que se desea expresar es la existencia actual de casos. Esta tasa se usa especialmente para las enfermedades crónicas .y se obtiene dividiendo el número de casos de la enfermedad que existe en una población en un momento determinado (pueden ser antiguos o nuevos.) por el número de la población.

Remedio homeopático

Término empleado habitualmente por los homeópatas para designar los medicamentos homeopáticos.

Repertorio

Índice de síntomas (con los remedios correspondientes), elaborado a partir de la materia médica, con objeto de facilitar el empleo de ésta. Uno de los más usados es el repertorio de Kent.

Repertorización

En homeopatía, procedimiento que consiste en determinar, con ayuda de un repertorio, uno o varios remedios comunes para diversos síntomas seleccionados, que corresponden a un problema determinado.

Síndrome de Intestino Irritable (SII)

El síndrome de intestino irritable se suele considerar un trastorno funcional debido a que no se ha detectado ninguna etiología estructural ni infecciosa. El trastorno parece estar en relación con la alteración de la función motora y sensitiva del sistema gastrointestinal. (Urdang,1994; San Martín,1984.)

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable se suele considerar un trastorno funcional debido a que no se ha detectado ninguna etiología estructural ni infecciosa. El trastorno parece estar en relación con la alteración de la función motora y sensitiva del sistema gastrointestinal.

En México se presenta en 18% de la población abierta; en el Hospital General de México, en el servicio de gastroenterología 23.5% y Asociación de Gastroenterología de México, respectivamente.

Según el Comité de Prácticas de la Asociación Americana de Gastroenterología, reportó que la prevalencia del SII era de 5 a 25%.

En los países anglosajones se ha estimado que el SII ocurre en el 10% a 22 % de la población adulta, predomina en el sexo femenino >2:1 y es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfriado común.

Parece ser que los factores sociales y culturales pueden influir en la frecuencia del SII. Dentro de sus síntomas, lo más común es el dolor abdominal asociado a distensión abdominal y alteraciones en el hábito intestinal incluyendo constipación, diarrea o cuadros alternantes de constipación / diarrea.

Otros trastornos funcionales del sistema gastrointestinal, son el dolor torácico de origen no cardíaco, la dispepsia no ulcerosa y la disquinesia biliar.

Las similitudes entre estos trastornos y el SII sugieren que todos ellos comparten mecanismos fisiopatológicos subyacentes.

El diagnóstico siempre se ha considerado de exclusión o dicho de otra forma mediante la demostración de inexistencia de alteración estructural intestinal, se trata de un problema funcional

Son varios los padecimientos con los cuales debe establecerse el diagnóstico diferencial, los más importantes son: Carcinoma de colon, adenoma vellosos, constipación por fármacos (antiácidos, laxantes, antidepresivos), parásitos intestinales, deficiencia intestinal de la lactasa, colitis colagenosa y síndromes

diarreicos crónicos, trastornos metabólicos (hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, diabetes mellitus) y procesos neuromusculares (esclerodermia, enfermedad de Hirschprung, pseudo obstrucción intestinal).

Hoy se sabe bastante acerca de la fisiopatología del SII, pero poco acerca de su tratamiento. Ningún tratamiento es definitivo contra esta enfermedad, pero no tomar medidas puede producir que esta acabe siendo crónica. Los tratamientos existentes se dirigen a atacar y prevenir las crisis sintomáticas. Estas crisis varían en intensidad y en frecuencia de presentación de acuerdo a cada individuo.

Los cambios en el estilo de vida pueden ser útiles en algunos casos de síndrome del intestino irritable. Por ejemplo, el ejercicio regular y el mejoramiento en los hábitos de sueño pueden reducir la ansiedad y con apoyo farmacológico, ayudar a aliviar los síntomas intestinales.

Síndrome de intestino irritable

El síndrome de intestino irritable (SII) define mejor al trastorno que afecta a cualquier segmento del tracto digestivo desde la boca al ano, y no se centra únicamente en el colon (Distilo, 2005). Es una enfermedad de personas jóvenes, que en la mayoría de los casos aparece antes de los 45 años. No obstante, algunas publicaciones sugieren que los ancianos padecen los síntomas del intestino irritable con una frecuencia que es hasta 92% más elevada que en personas de mediana edad.

También se le conoce como:

Colitis funcional; Neurosis intestinal; Colon irritable; Colitis por laxantes; Colitis mucosa; Indigestión nerviosa; Colon espástico; Síndrome del colon irritable (IBS) o Síndrome de intestino irritable

(<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article>, 2009).

Haciendo un poco de historia, encontramos que los egipcios consideraban a los intestinos como la sede de las emociones. Como así lo hacen constar en los papiros de Smith y Ebers”

(<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatía/síndrome-del-intestino-irritable.html>, 2010; Barquin, 1980).

Para los orientales, el vientre era y es el centro vital del organismo, donde se integran mente y cuerpo. Este centro no se refiere concretamente al intestino sino a un punto situado a dos dedos por debajo del ombligo, en el centro de gravedad del cuerpo, donde reside la energía vital. Y para mantener la salud es necesario conectar con este centro y para ello se recurre a la meditación, el tai chi etc. El resultado es un estado general de bienestar, calma y serenidad (<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatía/síndrome-del-intestino-irritable.html>, 2010).

Por otra parte. Podemos decir que después de varias décadas de trabajos, los científicos tienen hoy bases sólidas para afirmar que efectivamente existe un

segundo cerebro en el tracto gastrointestinal y que es muy similar al que tenemos en la cabeza (<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatía/síndrome-del-intestino-irritable.html>, 2010).

La vinculación entre Sistema Nervioso Central (SNC) y Sistema Nervioso Entérico (SNE) ha dado origen a un nuevo campo en la medicina la Neurogastroenterología. Se considera al padre de esta nueva especialidad médica, al doctor Michael D. Gershon jefe del departamento de Anatomía y Biología celular de la Universidad de Columbia. Se interesó por el tema en 1966 y escribió el libro titulado “ El segundo cerebro” . En donde encontramos datos tan interesantes como: “La mayoría de los pacientes con ansiedad y depresión también tendrán alteraciones en las funciones intestinales. El estrés sobre estimula nervios del esófago, y causan así las sensaciones de ahogo que experimentan muchas personas en los ataques de pánico.”

(<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatía/síndrome-del-intestino-irritable.html>, 2010).

Una representación de esta similitud entre el intestino y el cerebro la podemos encontrar en una mujer en cristal, en el Museo alemán de la Higiene de Dresde, podemos apreciar el parecido visual entre nuestros dos cerebros.

¿Qué es Sistema Nervioso Entérico o cerebro abdominal?

Es una unidad anatómica única que abarca desde el esófago hasta el ano y que está constituido a su vez por:

-plexo mientérico o de Auerbach situado entre las capas musculares longitudinal y circular y que vigila la motilidad gastrointestinal.

-plexo submucoso o de Meissner, más interno, que controla las actividades secretoras del tracto digestivo.

Misiones del SNE, dos fundamentalmente:

1-Supervisar todo el proceso de digestión, desde los movimientos peristálticos, la secreción de jugos digestivos para digerir los alimentos, la absorción y transporte de nutrientes y la eliminación de los productos de desecho.

2- Colabora con el sistema inmune en la defensa del organismo frente a sustancias y microorganismos hostil.

Dos cerebros: SNC y SNE

-Son sistemas complejos

-Ambos tienen “circunvoluciones”

-SNE tapizado por millones de células nerviosas, casi tantas como las que encontramos en nuestro cerebro.

-Utiliza los mismos neurotransmisores aunque este tiene funciones diferentes

a) Serotonina en SNC proporciona bienestar, serenidad

b) Serotonina en SNE responsable de los movimientos peristálticos

c) La comunicación entre los SNC y SNE es en dos direcciones pero 10 veces más hacia arriba que hacia abajo.

d) Casi todas las sustancias que controlan y hacen funcionar el cerebro se producen en el intestino.

e) 90% de la serotonina se encuentra en el intestino.

SII: intestino

a) Se le considera el mayor órgano del sistema de defensa

b) Contiene más células inmunitarias que todo el resto del cuerpo.

c) Vigila a los millones de bacterias alojadas en el intestino

d) Controla que se mantengan las condiciones adecuadas para el desarrollo de la flora bacteriana beneficiosa y detecta a los microorganismos perjudiciales para su eliminación.

El intestino normal va a movilizar su contenido mediante contracciones musculares secuenciales, lo que se conoce como propulsión y zonas de detención (segmentación). La combinación de propulsión y segmentación es lo que se conoce como peristaltismo. Este proceso en condiciones normales no nos damos cuenta que ocurre.

(<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatía/síndrome-del-intestino-irritable.html>, 2010).



Fig. No.1. Paciente con dolor abdominal, con SII.

El estrés es uno de los factores que más ayudan a precipitar los síntomas de este padecimiento; más de la mitad de los pacientes con SII tienen problemas de neurosis, incluyendo ansiedad, depresión y somatización.

www.yahoo.com.mx.03.12.2009

El intestino y su función ha sido para los médicos un motivo de preocupación constante a través del tiempo; la primera descripción de intestino espástico en lengua inglesa se le atribuye a John Howslip en su libro editado en 1930; a principios de este siglo, este padecimiento lo consideraban muy infrecuente. Después de la segunda guerra mundial evolucionaron los conocimientos de los trastornos gastrointestinales funcionales y se encontró que estos se designaban de diferente manera, razón por la cual no se tenía una idea clara de este padecimiento (Solis,1995).

El conocimiento de cómo los factores psicológicos afectan la función intestinal, ha quedado demostrado por las evidencias científicas en los últimos cuarenta años. Es así que el estrés es uno de los factores que más ayudan a precipitar los síntomas de este padecimiento; las manifestaciones psicológicas de tensión emocional, ha recibido mucha atención en los últimos años, más de la mitad de los pacientes con SII tienen problemas de neurosis, incluyendo ansiedad, depresión y somatización (Figura No 1).

Trabajos realizados tempranamente con evaluación psiquiátrica de los pacientes con este síndrome, sugieren que de un 50% a un 100% tienen enfermedad psiquiátrica incluyendo ansiedad crónica, depresión, histeria, somatización y fobia.

En 1982 Esler y Goulstton encontraron evidencia de ansiedad incrementada por pruebas psicométricas, por los elevados niveles de adrenalina urinaria, especialmente en pacientes con síndrome de diarrea.

Mendelof y cols. en 1984, obtuvieron gran número de resultados apreciables y consistentemente más altos de estrés, en sujetos con SII que en población general o incluso en comparación con enfermedad de colitis ulcerosa.

Almy en 1985, demostró que el tono colónico es susceptible a los estímulos psicogénicos, iniciados por una entrevista cargada emocionalmente. Wangler y

Deller en 1986, confirmaron posteriormente esta teoría, pero estos autores hicieron la importante diferenciación de que la tensión emocional en el colon irritable era probablemente un factor agravante y no una causa primaria.

Chaudhary y Truelove en 1986, no encontraron diferencias importantes en la proposición de sujetos con respuesta positiva en testigos normales y pacientes con colitis ulcerosa o colon irritable, por lo que concluyeron que el trastorno de intestino irritable no es sinónimo de neurosis, ni todas las personas neuróticas padecen el SII.

En una investigación realizada por Droseman y cols. en 1988 encontraron que los pacientes con SII tienen una mayor proporción de patrones anormales de personalidad, problemas de comportamiento y una menor respuesta positiva al estrés.

El SII, en la actualidad se reconoce como un síndrome del aparato neuro-endocrino-gastrointestinal que puede expresarse de forma extradigestiva con síntomas muy floridos y estrechamente relacionados con trastornos somatomorfos. Es uno de los padecimientos más frecuentes en la práctica clínica diaria.

Tradicionalmente, el síndrome del colon irritable ha sido considerada como una condición de hipersensibilidad visceral (con sus correspondientes síntomas de molestias y dolor abdominal) y de alteraciones de la función motora (con la correspondiente diarrea o constipación). Sin embargo, los cambios en la función motora no explican la enfermedad alternante o mixta. Algunos autores sugieren que estas anormalidades son secundarias a un trastorno psicológico.

El tratamiento actual se basa en psicoterapia, tranquilizantes y sintomáticos entre los cuales se dan antiespasmódicos, laxantes no irritantes, antidiarreicos, analgésicos y antieméticos (Solis, 1995).

La respuesta a este tratamiento no ha sido la esperada, razón por la cual la homeopatía surge como una alternativa digna de tomarse en cuenta, en esta patología.

Epidemiología

Es complicado ubicar a esta enfermedad en una distribución normal estadística, por lo que existen pocos trabajos que permiten conocer, con rigor metodológico, su incidencia y prevalencia; además de la trascendencia epidemiológica derivada de los días de ausencia laboral, afectación emocional y deterioro de la calidad de vida, por tratarse de un problema crónico (Blasco,2008; Blasco, 2006, Córdova, 2008).

Según el Comité de Prácticas de la Asociación Americana de Gastroenterología, reportó que la prevalencia del SII era de 5 a 25% (Córdova, 2008).

En los países anglosajones se ha estimado que el SII ocurre en el 10% a 22 % de la población adulta, predomina en el sexo femenino >2:1 y es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfriado común. Uno de cada 5 personas adultas presenta síntomas, pero pocos buscan ayuda profesional (Blasco,2008; Blasco, 2006; Córdova, 2008; Díaz, 2007).

La prevalencia es igualmente elevada en China (14 a 24% de las mujeres y 15 a 19% de los hombres), (Leyva, 2006), pero menos frecuente en Tailandia. Rara vez se diagnostica en Uganda pero, aparentemente es común en la India, Japón y Sudamérica.

Diferencias Epidemiológicas: En países occidentales es más probable que la mujer tenga SII, que el hombre; paradójicamente, en muchos países orientales, parece que es cuatro veces más probable que los hombres con SII consulten al médico que las mujeres (Leyva, 2006; Mashud, 2005).

En México, algunos investigadores estiman que la prevalencia en la población abierta es de 18%, en el Hospital General de México 23.5%,(Córdova, 2008) igualmente en la Asociación de Gastroenterología de México respectivamente. Aproximadamente 20% de la población general con SII acude al médico, 20% a 50 % de las visitas a un gastroenterólogo son por SII (Córdova, 2008). El médico de primer contacto y múltiples especialistas están involucrados en el diagnóstico y manejo del SII (Córdova, 2008).

El síndrome de intestino irritable es una enfermedad de personas jóvenes, que en la mayoría de los casos aparece antes de los 45 años. No obstante, algunas publicaciones sugieren que los ancianos padecen los síntomas del intestino irritable con una frecuencia que es hasta 92% más elevada que en personas de mediana edad (Blasco,2008; Blasco, 2006, Córdova, 2008; Díaz, 2007, Leyva, 2006).

De hecho, muchos de los diagnósticos de “enfermedad diverticular dolorosa”, realizados en pacientes geriátricos representan en realidad síndromes de intestino irritable. En las mujeres este diagnóstico se establece con una frecuencia dos o tres veces mayor que en los varones, y esas pacientes constituyen hasta 80% de la población con síndrome de intestino irritable grave (Schmulson, 2008).

Los pacientes con esta enfermedad pueden dividirse en dos grandes grupos clínicos: Primero, lo más común es que presenten dolor abdominal asociado con alteraciones de los hábitos intestinales que consisten en estreñimiento, diarrea o ambos

En un segundo grupo: los pacientes padecen diarrea indolora. Dentro de este grupo, que abarcaría menos de 20% de los enfermos de SII, dicho síntoma puede ser causado por una entidad diferente. De hecho, la diarrea indolora no cumple estrictamente con los criterios de Roma II para ser clasificada como SII (Córdova, 2006; Leyva, 2006).

Fisiopatología

La motilidad y la sensibilidad del colon están controladas por nervios que regulan sus contracciones rítmicas, así como por hormonas y neuropéptidos (motilina, gastrilina, péptido y colecistocinina, serotonina y otros) que median la comunicación bidireccional entre el cerebro y los intestinos y también la actividad eléctrica intrínseca de los músculos del colon. La principal función del colon es absorber agua, nutrientes y sales de los alimentos parcialmente digeridos provenientes del intestino delgado. El control parcial del colon por el sistema nervioso autonómico, se puede afectar en forma importante por el estrés y las emociones (Guyton, 1970; www.iladiba.com.mx, 2004).

Tradicionalmente, el síndrome del colon irritable ha sido considerada como una condición de hipersensibilidad visceral (con sus correspondientes síntomas de molestias y dolor abdominal) y de alteraciones de la función motora (con la correspondiente diarrea o constipación). Sin embargo, los cambios en la función motora no explican la enfermedad alternante o mixta. Algunos autores sugieren que estas anormalidades son secundarias a un trastorno psicológico (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>, 2007).

Algunos de los factores que pueden tener importancia en el desarrollo del síndrome del colon irritable son:

Infecciones: existe una cierta evidencia de que los sujetos que han experimentado una gastroenteritis por *Salmonella* tienen un mayor riesgo de desarrollar un colon irritable en los siguientes 12 meses (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>, 2007).

Inflamación: también existe una cierta evidencia de que algunos pacientes clasificados como con síndrome del colon irritable muestran algún sutil componente inflamatorio o pre-inflamatorio. Por ejemplo se ha observado un cambio en los perfiles de citocinas periféricas (en particular una proporción anormal de las interleukinas IL-10/IL-12. Igualmente en algunas biopsias

laparoscópicas de espesor total de yeyuno se han detectado infiltraciones de linfocitos en el plexo mientérico y de linfocitos intraepiteliales (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>, 2007; Jewell, 2006).

Disregulación de la serotonina: este neurotransmisor está presente en abundancia en las células enterocromafines del intestino y es el más importante regulador del peristaltismo intestinal y de la transmisión sensorial. En la actualidad existen dos líneas de evidencia que indican que en el síndrome del colon irritable la regulación serotoninérgica está alterada. En el síndrome del colon irritable con constipación predominante, la liberación de la serotonina en el plasma está reducida (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>, 2007).

En el síndrome del colon irritable, la motilidad intestinal en ayunas o en respuesta a una inyección del octapéptido colecistokinina (CCK-8) o a la comida está alterada en comparación con los voluntarios sanos. En particular, en el síndrome del colon irritable las contracciones intestinales son de gran amplitud, aumentando también la presión intraluminal intestinal hasta 550 mm de Hg o más, coincidiendo en el tiempo con el dolor abdominal, a diferencia de los 250 mm de Hg o menos que se miden en los voluntarios sanos (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>, 2007).

Factores genéticos: algunos estudios realizados en hermanos gemelos y familias parecen indicar una cierta predisposición genética, si bien hasta el momento no se ha logrado identificar ningún gen asociado a esta enfermedad (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>, 2007).

Factores psicológicos: los factores psicosociológicos parecen tener una gran importancia en el síndrome del colon irritable, aunque se desconoce como estos factores pueden afectar la función gastrointestinal. También es posible que ocurra lo contrario y que sea la disfunción digestiva la que module los procesos centrales. Así, la evidencia señala que los abusos sexuales en niños o adultos están asociados al síndrome del colon irritable y, también suele ser frecuentes la

presencia de ansiedad y depresión. Algunos han definido el síndrome del colon irritable como un desorden somático, si bien no existe una evidencia inequívoca de una relación fisiopatológica

(<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>,2007).

El síndrome del intestino irritable es un trastorno de la motilidad de todo el tracto gastrointestinal que produce dolor abdominal, estreñimiento o diarrea (Harrison, 2009; Schmulson, 2008).

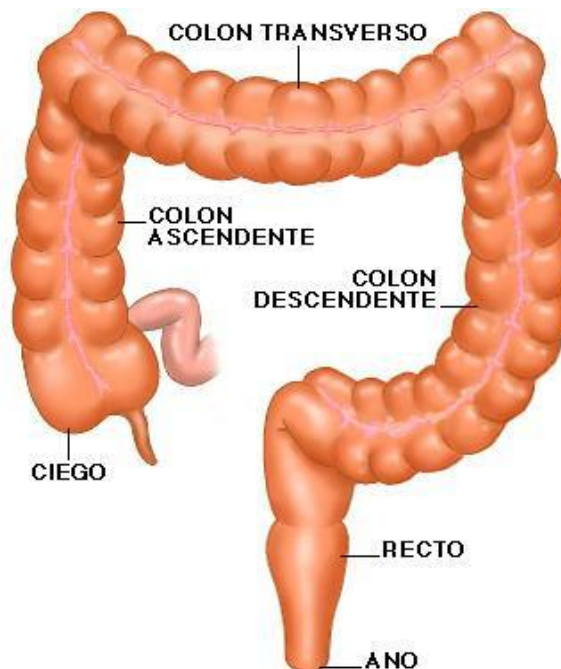


Fig. No. 2. Intestino grueso

El cerebro tiene enorme influencia sobre el sistema digestivo. Algunos factores tales como el estrés, la ansiedad, la depresión, el miedo, cualquier emoción muy fuerte y la dieta, pueden provocar diarrea, estreñimiento y otros cambios en la función intestinal y pueden agravar aún más la sintomatología del SII.

www.yahoo.com.mx,03,12,2009

En dicho síndrome, el tracto gastrointestinal es especialmente sensible a muchos estímulos. El estrés, la dieta, los fármacos, las hormonas (Houghton, 2006) o los irritantes menores pueden hacer que el tracto gastrointestinal se contraiga de forma anormal, generalmente produciendo diarrea. Puede haber períodos de estreñimiento entre brotes de diarrea.

El cerebro tiene enorme influencia sobre el sistema digestivo. Algunos factores tales como el estrés, la ansiedad, la depresión, el miedo y cualquier emoción muy fuerte pueden provocar diarrea, estreñimiento y otros cambios en la función intestinal y pueden agravar aún más un episodio (brote o acceso) del síndrome del intestino irritable (figura No. 2).

(Garbuzian,2005;http://www.compumedicina.com/gastroenterologia/gastro_010203.htm.,2006)

(<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatía/category/patplogías/colon-irritable>, 2008;Mousavinasab, 2007).

En un episodio, las contracciones del tracto digestivo se hacen más fuertes y frecuentes, y el resultado es un tránsito rápido de la comida y las heces por el intestino grueso, que generalmente produce diarrea. Los retortijones parecen ser el resultado de contracciones fuertes del intestino grueso y de una sensibilidad incrementada de sus receptores que detectan cambios de distensión y de presión. Los accesos casi siempre se dan cuando la persona está despierta, rara vez despierta a una persona de su sueño.

Algunas personas creen que las comidas con alto contenido energético o graso son las causantes de este trastorno. Para otras personas, el trigo, los productos lácteos, el café, el té o los cítricos parecen agravar los síntomas, pero no está claro si estos alimentos son, ciertamente, la causa. Otros creen que el comer muy rápido o después de largos períodos sin haber comido estimula los ataques del síndrome del intestino irritable (Locke, 2006).

No está claro por qué los pacientes desarrollan este síndrome, pero, en algunos casos, ocurre después de una infección intestinal. Esto se denomina síndrome del intestino irritable posinfeccioso. Igualmente, puede haber otros desencadenantes (Pimentel, 2004).

Este síndrome puede ocurrir a cualquier edad, pero a menudo comienza en la adolescencia o a principios de la vida adulta y es más común en las mujeres. Esta afección es la queja intestinal más frecuente por la cual los pacientes son remitidos al gastroenterólogo.

El SII es resultado de diversos factores, tales como, trastornos de la motilidad intestinal, sensibilidad visceral anormal del paciente, respuesta motora anormal a diversos estímulos cotidianos: comida, péptidos, estrés y distensión intestinal que se traduce en aumento de la actividad espástica del colon (Schmulson, 2008).

En el Intestino Delgado se presenta:

Alteración del complejo motor migratorio que consiste en actividad contráctil e incremento en el número de contracciones, lo que provoca dolor abdominal. Estos paroxismos contráctiles desaparecen durante el sueño; el dolor no despierta al paciente en la noche. El paciente con SII es hipersensible a estímulos como distensión rectal o de colon, situaciones que dan lugar a espasmos anormales y dolor. Hay una respuesta anormal exagerada a un episodio fisiológico como puede ser el paso de gas o líquido por un asa intestinal, que conlleva a una respuesta motora inapropiada.

La causa y la patogenia de este síndrome se desconocen, el problema se considera funcional. El SII se relaciona con conflictos familiares, emocionales, sociales y traumatismos físicos o sexuales. Causas de estrés: exceso o falta de trabajo. Hábito de sueño inapropiado, consumo excesivo de cafeína, tabaco, alcohol, conflictos con pareja, pérdida de algún familiar etc.

Es importante la influencia familiar y ambiental que hubo en edades tempranas de la vida, las enfermedades y el tipo de dieta. Estos factores afectan la susceptibilidad y la habilidad para sobrellevar los problemas digestivos (Blasco, 2008; Blasco, 2006; Córdova, 2008; Harrison, 2009).

Cuadro clínico

Los síntomas son variados y dispersos, caracterizados principalmente por molestias o dolor abdominal, diarrea, despeños diarreicos o estreñimiento crónicos a veces alternados o a veces con solo uno de estos síntomas y sensación de plenitud, (Figura No 3.) Pero siempre se trata de molestias abdominales con algún tipo de disfunción en la motilidad intestinal y con resultado negativo de todos los análisis realizados en el tracto digestivo, desde estudios contrastados del intestino, scanners, endoscopías, etc. Otro dato indicativo es la hipersensibilidad a cualquier distensión abdominal producida por gases o alimentos irritantes (Ferri,2008 Harrison, 2009;

<http://blog.compostelavirtual.com/homeopatia/category/patologías/colon-irritable,2008>; Koloski, 2005).



Fig. No. 3. Paciente con distensión abdominal con SII.

Los síntomas son variados y dispersos, caracterizados principalmente por molestias o dolor abdominal, diarrea, despeños diarreicos o estreñimiento crónicos a veces alternados o con solo uno de estos síntomas y sensación de plenitud.

Suele ser una afección crónica y acompañar al paciente a lo largo de toda su vida, unas veces con síntomas leves que no precisan ir al médico, otras veces suponiendo un importante trastorno en su vida diaria.

El estrés, la ansiedad emocional o la depresión suelen empeorar los síntomas. Cada paciente, a su vez, puede presentar hipersensibilidad a alimentos variados dependiendo del sujeto. Aunque se ha establecido que los principales grupos de alimentos a los que los pacientes de intestino irritable son hipersensibles son el gluten del trigo, cebada, centeno, levaduras, leche, grasas y alcohol (Locke, 2006; Mousavinasab, 2007; Rosenholc, 2010). Debido a la hipersensibilidad, aquellas comidas que producen gases intestinales son también poco toleradas por los pacientes así como los cambios bruscos de dieta o hábitos (Locke, 2006).

Los síntomas frecuentemente se desencadenan al comer, a menudo por comer muy rápido o en exceso. Unos minutos después, aparece una diarrea, con dolor. La diarrea puede comenzar en forma súbita e imperiosa (Rozenholc, 2010).

A veces la urgencia es tal que el individuo pierde el control y no llega a tiempo al baño. Es raro que la diarrea aparezca durante la noche. A menudo, aparece moco en las heces.

El dolor puede presentarse en episodios de dolor continuo o fuerte o de retortijones en la parte baja del abdomen. El afectado puede experimentar hinchazón, gases, náuseas, dolor de cabeza, cansancio, depresión, ansiedad y dificultad para la concentración. A menudo el dolor se alivia tras una deposición.

Lo más común es el dolor abdominal asociado a distensión abdominal y alteraciones en el hábito intestinal, incluyendo constipación diarrea, o cuadros alternantes de ambos. Los síntomas van de leves a severos, sin embargo, la mayoría de las personas tiene síntomas leves. Los síntomas del síndrome del intestino irritable pueden ser peores en pacientes que también tengan trastorno de estrés o del estado anímico, como ansiedad y depresión, pero es importante entender que estas afecciones no causan este síndrome (Ferri, 2008; Harrison,

2009). El dolor abdominal puede ser: de tipo cólico, ardoroso o pungitivo y de intensidad variable (Ferri, 2008; Harrison, 2009).



Fig. No. 4. Exploración del paciente con dolor abdominal, con SII.

El dolor se suele presentar en cualquier cuadrante del abdomen, o ser difuso y estar precipitado por alimentos o estrés.

www.yahoo.com.mx,03,12,2009

Localización: en cualquier cuadrante inferior izquierdo o ser difuso y estar precipitado por los alimentos o por el estrés, (Figura No 4.) Es diurno, sobre todo se presenta por las tardes y es muy raro que despierte al paciente por la noche. El paciente manifiesta alivio al dolor luego de evacuar o con la expulsión de gases del recto, la distensión abdominal es una manifestación habitual, tener mucho gas en el intestino (Harrison, 2009). No tolera la ropa apretada, la flatulencia es muy frecuente, la constipación es común.

Heces aumentadas en consistencia o como escíbalos, acintadas, evacuaciones incompletas asociadas a pujo intenso, o bien defeca dos o tres veces al día o a la semana, las heces disminuyen de consistencia, tienen escaso volumen y hay

moco. La diarrea tiene predominio matutino o postprandial y no se presenta durante el sueño, suele ir precedida de dolor abdominal, y urgencia a la defecación, la primera evacuación de la mañana es normal y es seguida de evacuaciones semilíquidas que desaparecen en el transcurso del día.

Los pacientes pueden tener síntomas extraintestinales: Pirosis, náuseas, vómito, eructos, sensación de llenura postprandial, disfagia, y dolor torácico no cardíaco. Manifestaciones extradigestivas asociadas: Cefalea, dismenorrea, polaquiuria, dispareunia, que se atribuye a disfunción motora autónoma de los sistemas genitourinario y vascular. Es raro encontrar pérdida de peso que llame la atención, anorexia, fiebre sugiere una causa orgánica o concomitante (Ferri, 2008; Harrison, 2009).

Definición de dolor

Una definición de dolor considera que es una modalidad sensorial individual, desagradable que se origina en el mundo exterior o interior, y es considerado un sistema primario de alarma.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, define al dolor como “la sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior”. Esta definición se refiere básicamente a la experiencia humana. The International Association for the Study of Pain (IASP), después de múltiples reuniones, definió al dolor como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos, o descrito en términos de dicho daño” Asimismo, estableció las diferencias entre los diversos tipos de dolor, ya que esto facilitará su manejo, según el comité de taxonomía de la IASP el dolor agudo y el dolor crónico son respectivamente definidos como:

“Una desagradable y compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptuales y emocionales, relacionadas con respuestas autonómicas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales”.

El dolor crónico es aquel que persiste al curso natural de un daño agudo, concomitante con procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, en un término de tres a seis semanas o inclusive meses (Bistre, 2003).

Dolor abdominal

Según los criterios de Roma II, el dolor o las molestias abdominales constituyen un signo clínico con carácter de prerrequisito de SII (Figura No 5.) (Harrison, 2009). El dolor abdominal es muy variable en cuanto a intensidad y localización. Suele localizarse en el hipogastrio en 25% de los casos, en el lado derecho 20%, en el izquierdo en 20% y en el epigastrio 10%. Con frecuencia es episódico y de tipo retortijón, aunque es posible que se superponga a un fondo de molestia constante. Puede ser un dolor suficientemente leve para ser ignorado, para interferir en las actividades cotidianas. A pesar de ello, la malnutrición por

ingesta inadecuada de calorías es extraordinariamente rara en el SII. La privación de sueño es también rara, porque el dolor abdominal aparece casi siempre durante las horas de vigilia. Sin embargo, los enfermos de SII intenso suelen despertarse repetidas veces por la noche, y en consecuencia, el dolor nocturno es un factor poco útil para discriminar entre la enteropatía orgánica y la funcional. El dolor suele ser exacerbado por las comidas o el estrés emocional y aliviado por la expulsión de gases o excremento. Las mujeres con SII suelen señalar que sus síntomas empeoran en las fases premenstrual y menstrual (Harrison, 2009).



Fig. No. 5. Paciente con dolor abdominal, con SII

Según los criterios de Roma II, el dolor o las molestias abdominales constituyen un signo clínico con carácter de prerequisite de SII.

www.yahoo.com.mx,03,12,2009

Diagnóstico

El diagnóstico es principalmente clínico, como ya se mencionó, los estudios de laboratorio y gabinete son negativos y frecuentemente innecesarios (Harrison,2009;<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007;http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gastro_010203.htm.,2006;<http://blogs.compistelavirtual.com/homeopatía/category/patologías/colon-irritable>,2008).

Desde el punto de vista clínico el síndrome del colon irritable puede ser clasificado en cuatro subtipos según sea el comportamiento del intestino: (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007)

1.- Colon irritable de caracterizado por constipación: supone el 37% de los casos, siendo predominante en las mujeres.

2.- Colon irritable de componente diarreico: constituye el 25% de los casos, repartiéndose de igual forma entre ambos sexos.

3.- Colon irritable alternando diarrea y constipación: supone el 27% de los casos, siendo predominante en las mujeres.

4.- Colon irritable con comportamiento intestinal normal

(<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007).

El diagnóstico del síndrome del colon irritable basado en los criterios de Roma II es lo suficientemente robusto para que no sean necesarias otras pruebas como la detección de sangre oculta en las heces, imágenes abdominales, estudio de las heces o endoscopias.

(Harrison, 2009; <http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007).

Sin embargo algunos prefieren mantener un procedimiento de diagnóstico más tradicional e incluso para algunos casos raros en los que el síndrome de colon

irritable podría confundirse con la enfermedad inflamatoria intestinal se ha desarrollado un procedimiento que implica dos gammagrafías seriadas con factor de necrosis tumoral marcado con Tc99 y con lactoferrina Tc99: el primer marcador es específico de la enfermedad de Crohn, mientras que el segundo lo (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007).

Es objeto de controversia si se deben hacer o no pruebas serológicas para la determinación de la enfermedad celíaca que puede presentar los síntomas típicos del síndrome del colon irritable. La prueba de la transglutaminasa tisular parece ser bastante razonable en las áreas en las que la enfermedad celíaca excede el 8%. Algunas enfermedades que pueden mostrar síntomas análogos de los del síndrome del colon irritable son la intolerancia a la lactosa, a la fructosa o al sorbitol, o la enfermedad celíaca (que tienen un componente diarreico) y la disfunción del suelo pelviano cuyo componente principal es la constipación (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007).

Se han descrito síntomas de alarma que deben alertar al médico y ante su presencia se aconseja un mayor estudio diagnóstico con el fin de descartar otras patologías. Estos síntomas son: Pérdida de peso, inicio de síntomas después de los 50 años, historia familiar de cáncer de colon o colitis ulcerosa, presencia de fiebre, sangrado rectal, síntomas de predominio nocturno, historia personal de pólipos del colon.

El estudio recomendado varía de acuerdo a los síntomas, pero incluye: Leucograma completo, velocidad de eritrosedimentación, pruebas de la función tiroidea, guayaco en heces, enema opaco o colon por enema, rectosigmoidoscopia y colonoscopia.

Como se mencionó, para mantener el diagnóstico de colon irritable, estos estudios están dentro de límites normales (Harrison,2009;<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007;<http://www.c>

ompumedicina.com/gastroenterología/gastrotro_010203.htm.,2006;http://blogs,compostelavirtual.com/homeopatía/category/patologías/colon-irritable,2008).

Dado que el síndrome de intestino irritable es un trastorno para el que no se han identificado alteraciones patognomónicas, su diagnóstico se basa en la identificación de las características clínicas positivas y la eliminación de otras enfermedades orgánicas. Con frecuencia son útiles para establecer el diagnóstico una historia clínica y una exploración física minuciosa. Las características clínicas sugerentes de síndrome de intestino irritable son dolor abdominal bajo recurrente con alteraciones de los hábitos intestinales durante un período sin deterioro progresivo, inicio de los síntomas durante períodos de estrés o alteración emocional, ausencia de otros síntomas generales como fiebre y pérdida de peso, y heces de pequeño volumen sin indicios de sangre.

En general, los afectados por el síndrome del intestino irritable tienen aspecto saludable. Una exploración física no suele revelar nada anormal, excepto una sensibilidad en la zona del intestino grueso.

Por lo general, se realizan algunas pruebas, por ejemplo, análisis de sangre y de heces y de una sigmoidoscopia, para diferenciar este síndrome de la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la colitis colágena y linfocítica y de muchos otros trastornos que pueden causar dolor abdominal y cambios en el ritmo de las deposiciones.

Los resultados de estas pruebas en el síndrome del intestino irritable suelen ser normales, aunque las heces pueden ser semilíquidas. Los resultados de una sigmoidoscopia, lo que en ocasiones causa espasmos y dolor, son normales. Algunas veces se practican otras pruebas, como una ecografía abdominal, radiografías de los intestinos o una colonoscopia.

Dado que la mayoría de los síntomas de este trastorno (dolor abdominal, flatulencia y alteración del hábito intestinal) son molestias frecuentes de otros muchos trastornos orgánicos digestivos, la lista de posibles diagnósticos

diferenciales es larga. Calidad, localización y momento en que ocurre el dolor suelen ser útiles para sugerir un trastorno específico .

El dolor debido a SII que se produce en la región epigástrica o periumbilical debe diferenciarse de enfermedades del árbol biliar, úlcera péptica, isquemia intestinal y carcinoma de estómago y páncreas. Si el dolor aparece principalmente en el abdomen inferior, es necesario descartar enfermedad diverticular del colon, enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) y carcinoma de colon. El dolor posprandial acompañado de flatulencia, náuseas y vómitos sugiere gastroparesia o una obstrucción intestinal parcial. La infestación intestinal por Giardia lamblia u otros parásitos puede producir síntomas similares. Cuando la diarrea es el principal síntoma, se deben descartar déficit de lactasa, abuso de laxantes, mala absorción, hipertiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal y diarrea infecciosa. Por otra parte el estreñimiento puede ser un efecto secundario de múltiples, como anticolinérgicos, antihipertensivos y antidepresivos. Las endocrinopatías como hipotiroidismo e hipertiroidismo e hipoparatiroidismo también deben considerarse en el diagnóstico diferencial del estreñimiento, especialmente si están presentes otros signos o síntomas generales de estas endocrinopatías, Además, la porfiria aguda intermitente y la intoxicación por plomo pueden tener una presentación clínica similar al síndrome de intestino irritable, con estreñimiento doloroso como principal síntoma. Estas posibilidades se sospechan por su presentación clínica y se confirman con los análisis de sangre y orina adecuados (Harrison,2009;<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007;http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gastrotro_010203.htm.,2006;<http://blogs.compostelavirtual.com/homeopatía/category/patologías/colon-irritable>,2008).

Dado que el síndrome de intestino irritable es en parte un diagnóstico de exclusión, se deben realizar de forma sistemática ciertas pruebas diagnósticas, otras pueden ser necesarias dependiendo de los síntomas específicos. La American Gastroenterological Association ha definido factores que deben ser

tomados en cuenta cuando se seleccione la profundidad de la evaluación diagnóstica. Entre éstos se incluyen duración de los síntomas, cambio de éstos con el tiempo, edad y sexo del paciente, quien lo remite, estudios diagnósticos previos, antecedentes familiares de tumores malignos colorrectales y grado de disfunción psicosocial. De este modo, un individuo joven con síntomas leves precisa un mínimo estudio diagnóstico, mientras que una persona mayor o un individuo con síntomas rápidamente progresivos quizá deban ser sometidos a un estudio más detallado para descartar enfermedades orgánicas.

En general, en la mayoría de los pacientes se realizan análisis completo de sangre y rectosigmoidoscopia; además, es necesario analizar las heces en busca de huevos y parásitos. En los pacientes de más de 40 años también debe realizarse un enema de bario con doble contraste o una colonoscopia.

Si los síntomas principales son diarrea y meteorismo (flatulencia), habrá que descartar la posibilidad de deficiencia de lactasa por medio de una prueba de hidrógeno en el aliento o mediante la evaluación después de consumir durante tres semanas una dieta sin lactosa. En los pacientes con síntomas concurrentes de dispepsia puede ser aconsejable realizar una prueba de tránsito gastrointestinal superior o una esofagogastroduodenoscopia.

A los pacientes mayores de 50 años se los debe examinar en búsqueda de cáncer de colon

(Harrison,2009;<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007;http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gastrotro_010203.htm.,2006;<http://blogs.compostelavirtual.com/homeopatía/category/patologías/colon-irritable>,2008).

Criterios diagnósticos de Roma II

Estos criterios provienen de un sistema de consulta internacional entre expertos y la bibliografía es abundante respecto de la confiabilidad que han ofrecido a lo largo de los años. Son especialmente útiles en la investigación clínica; la especificidad de los criterios de Roma II, es de 98% (siempre y cuando se excluyan los llamados “síntomas alarmantes “ (anemia, pérdida inexplicable de peso, historia familiar de cáncer). Son un consenso cuyo antecedente epidemiológico y clínico lo publicaron Manning y sus colaboradores en 1978, para diferenciar el síndrome de colon irritable de una enfermedad intestinal orgánica, sobre la base de cuatro síntomas.

Estos aspectos se modificaron y adaptaron para hacer más eficiente el diagnóstico de síndrome de intestino irritable; y se presentaron por la Asociación Americana de Gastroenterología.

Consisten en:

A) Por lo menos tres meses de síntomas continuos o recurrentes:

- 1.- Incomodidad o dolor abdominal que disminuye , se alivia con la defecación o ambas cosas.
- 2.- Se asocia con cambios en la frecuencia de la evacuación.
- 3.- Se relaciona con cambios en la consistencia de la evacuación .

B) dos o más de los siguientes datos, por lo menos 25% de las veces o de los días.

1.- Evacuaciones alteradas en frecuencia:

Más de tres movimientos de evacuaciones del colon por día o menos de tres movimientos por semana.

2.- Evacuaciones alteradas en su forma:

Heces pastosas, duras o líquidas.

3.- Evacuaciones alteradas en su tránsito

Esfuerzo, urgencia o sensación de evacuación incompleta.

4.- Moco.

5.- Plenitud o sensación de distensión abdominal

(Lorens,2000;<http://blogs.compostelavirtual.com/homeopatía/category/patologías/colon-irritable.>,2008; Leyva, 2006; Boyce, 2000; [ww.iladiba.com.mx](http://www.iladiba.com.mx), 2004).

Tratamiento

Hoy se sabe bastante acerca de la fisiopatología del SII, pero poco acerca de su tratamiento.

Ningún tratamiento es definitivo contra esta enfermedad, pero no tomar medidas puede producir que esta acabe siendo crónica. Los tratamientos existentes se dirigen a atacar y prevenir las crisis sintomáticas. Estas crisis varían en intensidad y en frecuencia de presentación de acuerdo a cada individuo.

Los cambios en el estilo de vida pueden ser útiles en algunos casos de síndrome del intestino irritable. Por ejemplo, el ejercicio regular y el mejoramiento en los hábitos de sueño puede reducir la ansiedad y ayudar a aliviar los síntomas intestinales.

El tratamiento del síndrome del intestino irritable difiere de persona a persona. En general y cuando es posible, se deben evitar los alimentos o las situaciones de estrés que hacen aparecer los síntomas. Para la mayoría de las personas, especialmente las que tienden a sufrir estreñimiento, la actividad física regular ayuda a mantener una función normal del tracto digestivo.

Si se identifica un trastorno emocional como la causa, su tratamiento puede aliviar los síntomas del intestino irritable. Este tratamiento puede incluir el uso de antidepresivos, algunos tranquilizantes, psicoterapia, hipnosis y técnicas de modificación del comportamiento.

Por ahora no existe una modalidad terapéutica que haya probado un beneficio absoluto. En realidad el tratamiento es sintomático; el paciente debe entender que no hay una “curación”, sino un control. Siempre debe acudir a su médico para realizar revisiones periódicas ya que el Síndrome de Intestino Irritable está íntimamente relacionado a padecer cáncer de colon. Por lo tanto, la consulta con un profesional es lo más válido para descartar o prevenir enfermedades graves.

A la hora de diseñar un tratamiento para el síndrome del colon irritable, el clínico debe tener en cuenta que aproximadamente el 40% de los casos responde al placebo

(Ferri, 2008; Harrison,2009); <http://www.saludlandia.com>.,2006;
http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gastro_010203.htm.2006;
Olden, 200).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del colon irritable más frecuente consiste en la administración de fármacos para paliar los síntomas de la enfermedad, figura No 6. Tradicionalmente se han utilizado antiespasmódicos y anticolinérgicos. Estos fármacos actúan bloqueando la despolarización del músculo liso intestinal modulada por la acetilcolina. Los más empleados con la hioscina (en dosis de 0.125 mg por vía oral o sublingual) y la dicyclomina. Sin embargo, estos agentes producen reacciones adversas como retención urinaria, visión borrosa, taquicardia y xerostomía. Los antiespasmódicos funcionan relajando el intestino y de esa forma aliviando el dolor. Tienen el inconveniente de que promueven el estreñimiento y el paciente llega a desarrollar resistencia a su efecto por tolerancia.

Fenoverina: exhibe efecto antiespasmódico sobre el músculo liso del tracto gastrointestinal. El mecanismo de la acción del fármaco parece ser principalmente por modulación del gradiente de iones de calcio a través de la membrana celular.

El dolor abdominal es tratado también mediante la administración de antidepresivos tricíclicos administrados en dosis bajas antes de acostarse. Estos fármacos actúa aumentando el umbral del dolor. Entre ellos, los más empleados son la imipramina y la amitriptilina.

Los fármacos antidiarreicos incluyen la loperamida, el difenoxilato y el fosfato de codeína. La loperamida es especialmente útil debido a que aumenta el tono del esfínter anal. La codeína es también eficaz, pero su uso continuo puede inducir dependencia. La domperidona y similares, suele ser un medicamento de tratamiento sintomático efectivo, al regular la motilidad intestinal.

Trimebutina: Es una sustancia que posee acción específica sobre los plexos intrínsecos de Auerbach (muscular) y Meissner (submucoso). Actúa sobre los

receptores encefalinérgicos responsables de la regulación peristáltica en el aparato gastrointestinal; restablece la motilidad digestiva de manera fisiológica actuando tanto en la hipomotilidad como en la hiperomotilidad, deprimiendo o estimulando, conduciendo a una normalización del tránsito digestivo cuando la motilidad se encuentra alterada.

Bromuro de pinaverio: calcio antagonista específico del músculo liso de tubo digestivo, indicado en alteraciones de la motilidad intestinal.

La simeticona, el carbón activo y la alfa-galactosidasa son eficaces para eliminar los gases y la distensión abdominal. Los aceites aromáticos, como el aceite de menta, a menudo ayudan con los síntomas de flatulencia y retortijones.

Entre los laxantes empleados en el síndrome del colon irritable con predominio de la constipación se incluyen el bisacodilo, el polietilenglicol y la senna. Algunos de ellos pueden ocasionar retortijones. Debe evitarse el uso de la lactulosa que produce gases y distensión abdominal.

La cáscara en polvo de Psyllium son altamente efectivos para regular el funcionamiento del intestino, ayudando mucho a controlar la enfermedad, y mejorar enormemente la calidad de vida de quienes padecen este trastorno. Es de utilidad sobre todo en los pacientes estreñidos.

El Magnesio contenido en los alimentos o en ciertas aguas minerales es utilizado como uno de los principales elementos naturales para la mejora del tránsito intestinal y como anti-estres. También puede ser consumido como un complemento alimenticio.

La cisaprida es un fármaco que actúa como agonista y antagonista de los receptores serotoninérgicos del tracto digestivo, siendo un agonista frente a los receptores 5-HT₄ y antagonista de los receptores 5-HT₃, promoviendo la propulsión intestinal, ya no se utiliza para el tratamiento del síndrome del colon irritable (por producir alteraciones sobre la conducción eléctrica cardíaca).

Otros fármacos que actúan sobre los receptores serotoninérgicos son el Tegaserod con una eficacia modesta sobre la constipación ,(retirado por la FDA en 2007 por sospecharse que produce un aumento del riesgo cardiovascular) y el alosetrón, un bloqueante del receptor 5-HT₃, un receptor que produce las contracciones intestinales cuando se une a él la serotonina.

El alosetrón, previene las contracciones intestinales y la sensibilidad gastrointestinal de los pacientes con el síndrome del colon irritable. Sin embargo, el uso de esta fármaco ha sido limitado a casos extremos del síndrome del colon irritable de componente diarreico ya que se han descrito casos graves de diarrea isquémica y de constipación que han requerido la hospitalización

La lubiprostona es un activador de los canales de cloro que estimula la secreción de fluidos intestinales reduciendo la consistencia de las heces. Es utilizado en el tratamiento de la constipación idiopática. Una serie limitada de estudios clínicos mostraría que este fármaco sería parcialmente eficaz en dosis de 0.024 mg dos veces al día con las comidas en el tratamiento del síndrome del colon irritable caracterizado por constipación

(Ferri,2008;Harrison,2009;Evans,2007;<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.2007;http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gastro_010203.htm., 2006).Otros medicamentos: metilcelulosa, compuestos carbofílicos.



Fig. No. 6. Medicamentos alopáticos, para el tratamiento del SII.

El tratamiento farmacológico más frecuente del SII consiste en la administración de fármacos para paliar los síntomas de la enfermedad.

Dieta

No se sabe con exactitud como la dieta influye sobre el síndrome del colon irritable, aunque muchos pacientes asocian algunos alimentos a un empeoramiento de la sintomatología, figura No 7. Los cambios en la alimentación pueden ayudar; sin embargo, en general no se puede recomendar una dieta específica para el SII, debido a que la afección difiere de una persona a otra. Evitar alimentos y bebidas que estimulen los intestinos, como la cafeína, pueden servir. El interrogatorio intencionado sobre hábitos dietéticos, nos permite identificar la intolerancia a ciertos alimentos, que pueden precipitar o exacerbar el cuadro.



Fig. No.7. Alimentos que producen gran cantidad de gas intestinal en el SII. Muchos pacientes asocian algunos alimentos a un empeoramiento de la sintomatología, entre ellos los panes, galletas (harinas, azúcares).

www.yahoo.com.mx,03,12,2009

Cualquier alimento sospechoso debe ser eliminado de la dieta, siendo aconsejable que esta eliminación se lleva a cabo de uno en uno y por lo menos durante un mes. Sin embargo la exclusión sistemática de alimentos sospechosos es laboriosa y requiere mucho tiempo tanto del paciente como del nutricionista.



Fig. No.8. Alimentos que producen gran cantidad de gas intestinal en el SII.
Ejemplo, la leche y derivados, leguminosas: lentejas, frijoles, habas, garbanzos.

www.yahoo.com.mx,03,12,2009

Un punto sobresaliente en el tratamiento se relaciona con las medidas dietéticas; algunos alimentos son conocidos por su gran producción de gas intestinal: la leche y derivados (Figura No 8), las leguminosas (frijoles, lentejas, habas garbanzos), los vegetales, crucíferos (coliflor, repollo, brócoli, coles de Bruselas), (Figura No 9), las harinas, los edulcorantes (fructuosa, sorbitol), las frutas con exceso de sorbitol (peras, ciruelas, manzanas, duraznos), la cebolla y las bebidas carbonatadas con gas. Conviene limitar la dieta rica en grasas, la menta, cafeína, alcohol y suprimir el hábito de mascar chicle y el tabaco. A pesar

de lo extenso de la lista anterior, el médico debe ser flexible y no desquiciar al paciente con una dieta muy estricta, simplemente debe restringir los alimentos que causan síntomas. Se debe recomendar cambios en hábito de comer, como masticar sin apresuramiento, pues ello conlleva más aerofagia.



Fig. No. 9. Alimentos que producen gran cantidad de gas intestinal en el SII.

Ejemplo: los vegetales, crucíferos (coliflor, repollo, brócoli, coles de Bruselas), las frutas con exceso de sorbitol (peras, ciruelas, manzanas, duraznos), plátanos.

www.yahoo.com.mx,03,12,2009

Las intolerancias alimentarias son extremadamente frecuentes y cada vez más comunes en nuestras sociedades. Se llama intolerancia alimentaria a la sensibilidad del organismo ante cierta dosis de un alimento. No se trata de una alergia alimentaria. En la intolerancia nos referimos a un efecto de dosis. Es a partir de un cierto umbral de absorción de un alimento que el organismo reacciona de manera patológica. La intolerancia alimentaria más conocida es la intolerancia al vino o al chocolate.

Orientación al paciente y modificación de la dieta. Tranquilizar al paciente y explicarle de manera cuidadosa la naturaleza funcional de este trastorno y la manera de evitar los alimentos que lo desencadenen son primeros pasos importantes para orientarlo e introducir modificaciones en la dieta.

Para muchas personas es mejor comer frecuentemente, en pequeñas cantidades, que comer frecuentemente con menos frecuencia comidas más copiosas (por ejemplo, 5 o 6 pequeñas comidas en vez de tres comidas grandes al día). Las personas con distensión abdominal y retención de gases (flatulencia) deben evitar las habas, el repollo y otros alimentos difíciles de digerir.

Debe restringirse el consumo de sorbitol, un edulcorante artificial en comidas dietéticas, así como en algunos medicamentos y gomas de mascar. La fructuosa, un componente de las frutas, bayas y algunas plantas, no debe comerse en grandes cantidades. La dieta baja en grasas ayuda a muchas personas. Quienes padecen a la vez de síndrome del intestino irritable y deficiencia de lactasa no deben consumir productos lácteos.

Algunas personas con síndrome del intestino irritable pueden mejorar su enfermedad ingiriendo más fibra. Pueden tomar una cucharada sopera de salvado con abundante agua y otros líquidos con cada comida, o pueden tomar complementos de psyllium muciloide con dos vasos de agua. Sin embargo, el incremento de la fibra en la dieta puede agravar algunos síntomas, como la flatulencia y la hinchazón (Díaz-Rubio, 2007; Mataix, 2009; Gabuzian, 2005; Farreras, 2008; Olden, 2006; Locke, 2006).

Probióticos

Los probióticos son bacterias vivas que se administran en cápsulas o en polvo, o incorporadas al yogur. Ayudan a restaurar el equilibrio de la flora intestinal y posiblemente tienen efectos positivos sobre el sistema inmunológico. Aunque muchas bacterias se utilizan como probióticos, ninguna de ellas ha demostrado ser plenamente eficaz contra todos los síntomas del colon irritable. El *Lactobacillus plantarum* y el *B. infantis* han mostrado aliviar específicamente algunos síntomas como la diarrea, los gases o la distensión abdominal, aunque solo hay estudios clínicos limitados y casos anecdóticos que demuestran la eficacia de estas bacterias.

Otros probióticos estudiados que muestran mayor o menor grado de eficacia son mezclas más o menos complejas (p.ej. la mezcla probiótica conteniendo *Lactobacillus rhamnosus* GG, *L. rhamnosus* LC705, *Bifidobacterium breve* Bb99 y *Propionibacterium freudenreichii* ssp. *shermanii* JS). Por el contrario el probiótico *Lactobacillus casei* GG, es totalmente ineficaz (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007;http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gstro_010203.htm.,2006).

Recomendaciones higiénico- dietéticas a seguir: Realizar una dieta baja en grasas, y alta en proteínas: se necesita un 30% más de proteínas y también un mayor aporte de minerales y micronutrientes, que se pierden por causa de los episodios de diarrea. Respetar los horarios de las comidas, no saltarlas y comer despacio. No abusar de los picantes y de las comidas muy condimentadas, No tomar bebidas alcohólicas, No beber demasiado café, Evitar el tabaco, No ingerir comidas, bebidas y alimentos que generan o contienen gases, Reducir en la medida de lo posible el estrés, teniendo una actitud mental positiva. Es conveniente reposar después de comer y no consumir alimentos después de cenar, No comer en exceso. Consumir pequeños volúmenes de comida, Acostarse dos y tres horas después de haber comido o cenado, Alimentos y bebidas que causan más problemas, Leche y otros productos lácteos, alimentos grasosos, Café, té y bebidas de cola que contienen cafeína, Bebidas alcohólicas en exceso, Alimentos que contienen harina blanca, Ciertos azúcares, Frijoles y chícharos, Brócoli, col, coliflor y coles de bruselas ,Sorbitol (edulcorante en alimentos de dieta y en bebidas, goma de mascar y caramelos (<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>.,2007;http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gstro_010203.htm.,2006).

Apoyo psicológico

Un tratamiento de apoyo por parte del médico suele ser de gran utilidad. Se debe intentar reducir la ansiedad, la depresión o la insatisfacción por la vida. Dar al paciente mayor responsabilidad de su control y tratar de mejorar la tolerancia al dolor, sugerirle medidas de relajación, meditación y que favorezca momentos para la diversión.

Algunos pacientes permanecen asintomáticos durante largos periodos. Se ha visto que cierto número de pacientes llegan a tener mínimos síntomas con el paso del tiempo. No todos los pacientes entienden el problema y con frecuencia, tienden a la depresión, ansiedad y otros trastornos psicológicos.

Se deben evitar sedantes, tranquilizantes y antidepresivos de manera rutinaria, para no causar dependencia. Se pueden recurrir a algunas terapias como psicoterapia, hipnoterapia, terapia de relajación y de biorretroalimentación, que contribuyen al control del dolor abdominal

(Díaz-Rubio, 2007; Distilo, 2005; Ferri, 2008; Gabuzian, 2005; Harrison, 2009; <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article..,2009>; Olden, 2006; Mousa vinasab, 2007).

Pronóstico

El SII puede ser una afección de por vida, pero a menudo los síntomas se pueden mejorar o aliviar a través de tratamiento. En términos de esperanza de vida y de morbilidad mayor, el pronóstico es excelente. sin embargo, es un padecimiento que persiste por largo tiempo y tiene recaídas durante varios años. Siempre debe acudir a su médico para realizar revisiones periódicas ya que el colon irritable está íntimamente relacionado a padecer cáncer de colon. Por lo tanto, la consulta con un profesional es lo más válido para descartar o prevenir enfermedades graves (Ferri, 2008; Harrison, 2009; Farreras, 2008).

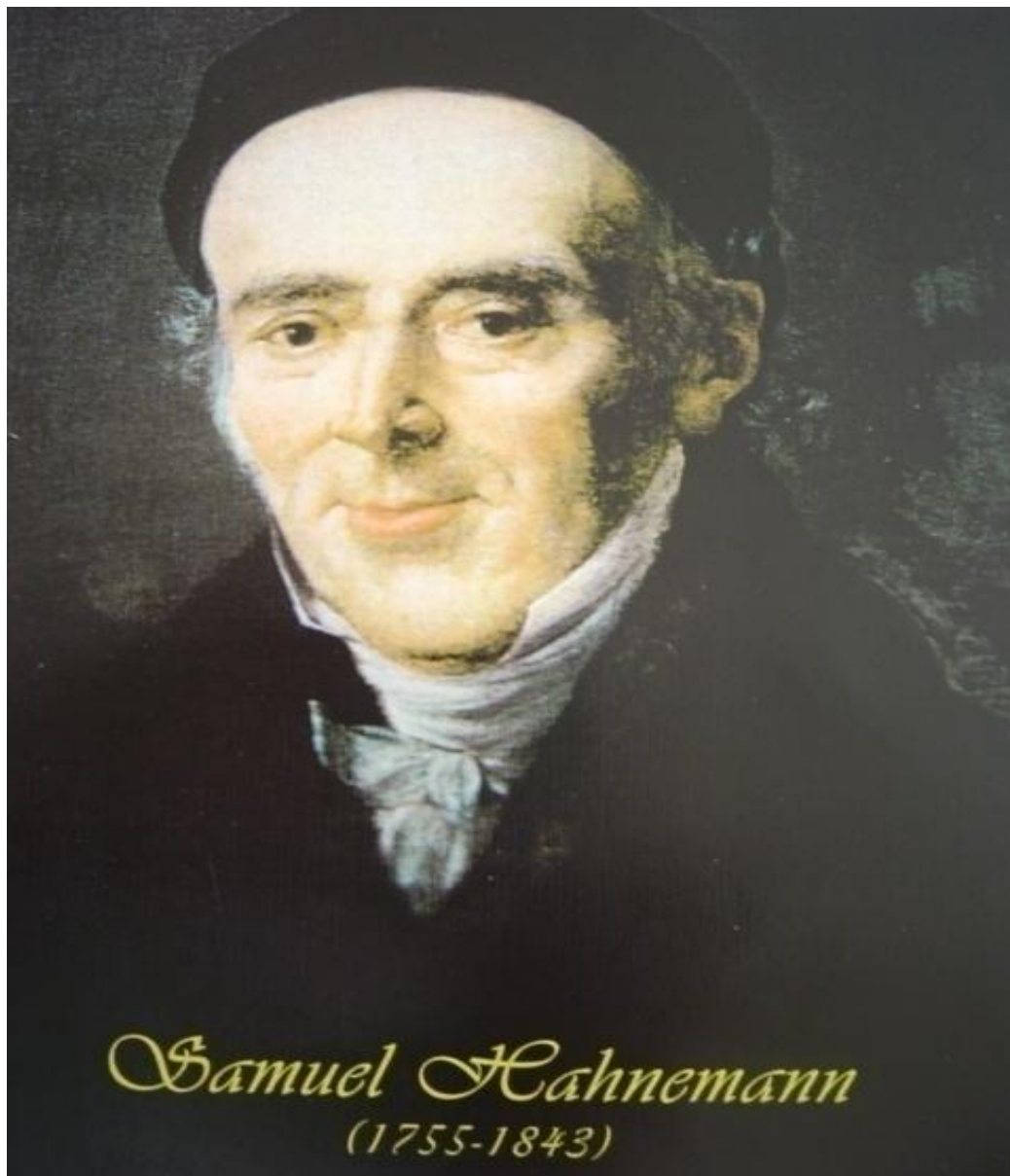


Fig. No.10. Descubridor de la Homeopatía

Nace en Meissen, en 1755 y muere en París 1843. Médico alemán, estudió medicina en Leipzig, Viena y Erlangen. Insatisfecho de la medicina oficial de su época, fundó en 1789 la homeopatía, cuyos principios se recogen en su obra: Organon del arte de curar (1810).

www.yahoo.com.mx.03,12,2009

Homeopatía

Como se ha dicho, hoy se sabe bastante acerca de la fisiopatología del SII, pero poco acerca de su tratamiento; y la homeopatía es una alternativa aceptable y eficaz en el tratamiento de este padecimiento.

La homeopatía es una doctrina médica, filosófica y científica, basada primordialmente en la ley de los semejantes; descubierta por Samuel Hahnemann (1755-1843), (Figura No.10), (Distilo, 2005; Lathoud, 1975; Vijnovsky, 1978).

Cuenta con un gran arsenal de medicamentos que mejoran la sintomatología y el dolor, entre ellos se encuentra:



Fig. No.11. *Nux vomica*

Árbol de la familia de las longaniáceas, originario de Asia: Sri Lanka, Oceanía y Ceilán, contiene diversos alcaloides: brucina y estricnina. Introducida en la práctica homeopática en 1805, por Hahnemann.

www.yahoo.com.mx.03,12,2009

Nux vomica

Sinónimos. Latín: *Strichnos Nux vomica L., Nux vomica officinarum, Solanum arboreum indicum máximum, Strychnos colubrina, S. ligustrina*. Español: nuez venenosa, nuez vómica, (Figura No11).

Descripción: Árbol perennifolio (de la familia de las longaniáceas), con tronco corto y grueso, torcido, de corteza lisa color ceniza, irregularmente ramificado, retoños lisos y de color verde oscuro. Hojas opuestas, de peciolos cortos, ovales con 3 a 5 nervios, brillantes y lisas por ambos lados, de 4 a 10 cm de longitud y de 2 a 8 cm de ancho. Floración en invierno. Pequeñas flores de color blanco verdoso, en corimbos terminales. La baya es redonda, de 7 a 10 cm de diámetro, de color anaranjado brillante; cuando madura se cubre de una cubierta lisa y dura que contiene una pulpa gelatinosa en la que se encuentran las semillas, en número de 1 a 5; éstas son planas e irregulares, de 2 cm de diámetro, 7mm de grueso, cóncavo convexas, con un ancho margen grueso dando la apariencia de una depresión central; son grises o verdes, córneas, brillantes.

Hábitat: Asia, principalmente Sri Lanca, Oceanía y Ceilán.

Historia: Introducida en la práctica homeopática en 1805 por Hahneman, Frag. De Vir. Med. Pos. 143. (Allen, T.F., Enciclopedia de la Mat. Méd. Pura, VII: 83).

Partes utilizadas: Las semillas.

Contiene: diversos alcaloides, como la brucina y la estricnina.

Preparación: el remedio se prepara ya sea a partir de una tintura madre o por trituración. Para preparación hahnemanniana: Regla 4 y regla 7.

Patogenesis:

El típico paciente *Nux* es más bien delgado, delicado, rápido, activo, nervioso o irritable y a menudo impaciente. Autónomo y audaz, no vacila en correr riesgos

para realizar sus proyectos. Con frecuencia ocupa puestos de responsabilidad, donde más que un verdadero autoritarismo impone su autoridad por su sentido del desarrollo humano. Realiza bastante trabajo mental, tiene tensiones nerviosas y lleva una vida sedentaria, hallada en el prolongado trabajo de oficina, el estudio excesivo, y la dedicación estricta al trabajo, con sus atenciones y preocupaciones. Esta vida interior y de esfuerzo mental recurre a estimulantes, café, vino, para resistir lo necesario, posiblemente en exceso, aunque le sienten mal; o de igual modo, espera calmar su excitación, entregándose a los efectos sedativos del tabaco, cuando no convirtiéndose realmente en una víctima de las drogas seductivas, como el opio, etc.

Siempre fatigado, puede tener accesos de ira repentinos y breves, que muestran una violencia encubierta.

Muy sensible a la injusticia y propenso a la indignación, puede querer cambiar al mundo. Le gustan las situaciones claras y definidas, lo que a veces le lleva a tener opiniones radicales y a ser tajante. Para lograr sus metas, el individuo está dispuesto a resistir mucho. Según él todo problema tiene una solución cuando se hace un esfuerzo suficiente. Le cuesta trabajo aceptar sus límites y los de sus colaboradores.

Estas cosas se asocian con otras intemperancias: en la mesa, toma preferentemente comidas succulentas y estimulantes; el vino y las mujeres ponen su parte para hacerle olvidar la dedicación estricta del día. Las altas horas son la consecuencia, la cabeza cargada, dispepsia, y un humor irritable son la herencia al día siguiente. Luego toma algunos catárticos, píldoras hepáticas, o agua mineral, y pronto se mete en el hábito de tomar estas cosas, que complican todavía más el tema.

Puesto que estas flaquezas se dan más en los hombres que en las mujeres *Nux* es prominentemente un remedio masculino.

Estas condiciones (acabadas de mencionar) producen un sistema nervioso irritable, hipersensible y impresionable en extremo, al que *Nux* hará mucho por aliviar y calmar.

Especialmente adaptado a los trastornos gástricos, congestión portal, y cuadros hipocondriacos como consecuencia de ello.

Variación de los síntomas:

Factores de Agravación:

En la mañana; poco después de despertarse; el aire libre; después de esfuerzo mental; después de comer; a las 3 a.m.; por el tacto; a las 10 u 11 a.m., por el ruido; en el tiempo frío y el invierno; por la cólera, por acostarse, por destaparse; por los licores, después de intemperancia, por el café, por comer en exceso, y por el uso de purgantes, los excesos de todo tipo.

Factores de mejoría: un sueño corto, el calor, estar en interiores calientes y en calma. De 6 a 9 p.m. Un sueño corto, cuando está en reposo; en el tiempo húmedo, lluvioso, en una habitación caldeada; al taparse; después de defecar; después de ventosear; por el calor; por las bebidas calientes; por evacuaciones copiosas ; y por aflojar las prendas.

Preferencias alimentarias: Deseo de alimentos sazonados, de alimentos grasos y de alcohol. Aversión hacia el pan y el agua. Trastornos relacionados con el consumo de té, de café, de leche, de vino y de cerveza.

Trastornos Locales:

Estómago: Acidez estomacal con sensación de distensión, de peso o carga en el estómago. Cólicos estomacales. Náuseas al viajar en auto o barco, al fumar y en la mujer embarazada. Predisposición a las úlceras.

Intestino: Sensación de pesadez, dolores de tipo cólico. Estreñimiento frecuente con falsos deseos de evacuar. Diarrea después de los excesos alimentarios. A veces presencia de hemorroides (Lathoud, 1975; Vijnovsky, 1978).

Antecedentes

Estado actual

1.- En 1994, se realizó un estudio clínico experimental con 11 pacientes, de 26 a 62 años de edad (10 fueron del sexo femenino 90.9% y uno del sexo masculino 9.1%) atendidos en consulta externa del Hospital Nacional Homeopático de la SSA de la ciudad de México. Se valoró a un grupo de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, tomando sus síntomas y repertorizándolos para seleccionar el medicamento propio (*simillimum*) para cada uno de ellos mediante el Mc Repertory, que es uno de los programas de computación más completo que existen hoy en día. El SII, quedó integrado de la siguiente forma: 1) heces mucosas, 2) heces pastosas, 3) heces delgadas, 4) heces duras, 5) constipación alternando con diarrea, 6) evacuación insuficiente e incompleta, 7) evacuación difícil, 8) constipación con deseo constante 9) heces que salen de forma involuntaria, 10) distensión abdominal dolorosa 11) sensación de llenura o pesantez abdominal 12) borborigmos 13) Dolor abdominal en general, 14) flatulencia, 15) Náuseas 16) hipocondriasis 17) ansiedad por su salud 18) histeria, 19) tristeza 20) aversión a la compañía 21) enojo y vejación suprimido 22) egoísmo.

En el algoritmo repertorial del SII, los 10 medicamentos más afines, en orden de importancia son: 1) *Nux vomica* 2) *Sulphur* 3) *Sepia off.* 4) *Lycopodium* 5) *Natrum muriaticum*. 6) *Ignatia amara*, 7) *Lachesis*, 8) *Pulsatilla*, 9) *Arsenicum album* y 10) *Calcárea carbónica*. Los medicamentos utilizados en el estudio fueron: *Nux vomica*, *Lycopodium*, *Natrum muriaticum*, e *Ignatia amara*; los cuales se encuentran entre los primeros seis de los medicamentos citados. De acuerdo con el medicamento indicado el 63.6% de los pacientes le correspondió *Nux vomica*, el 18% *Natrum muriaticum*, el 9.1% *Ignatia amara* y 9.1% *Lycopodium clavatum*.. La presentación del medicamento es en forma líquida, en la escala cincuenta milesimal (LM) plus. El medicamento se prescribió, vía oral, una cucharada cada 24 horas, en forma plus, se sucusionó 10 veces antes de cada

toma. La terapia se dividió en tres períodos de 22 días cada uno; en el primero se administró a la potencia 0/1 ML, en el segundo 0/2 ML y en el tercero 0/3 ML.

En este se evaluó la eficacia del medicamento homeopático en relación con el SII, la evaluación se hizo en tres etapas de 22 días cada una, comprendida en los meses de marzo a julio de 1994. En este período se llevaron a cabo cuatro consultas médicas.

La primera etapa inició con la primera consulta médica, donde se realizó la historia clínica y exploración física, indicándose a la vez los exámenes de laboratorio (Biometría hemática y coproparasitoscópico en serie). La sintomatología del paciente debe corresponder con el diagnóstico del SII. En esta primera consulta se le indicó el medicamento homeopático que le correspondió, de acuerdo a la repertorización de sus síntomas.

La segunda etapa se inicia con la segunda consulta; en ella se observa la modificación de los síntomas de acuerdo a una escala de 0 a 10, donde el cero es igual a la ausencia del síntoma y 10 la máxima expresión del síntoma; en esta consulta se administró el segundo medicamento.

En la tercera etapa inició con la tercer consulta, donde se evaluaron los síntomas nuevamente y se administra el tercer medicamento correspondiente a esta etapa.

En la cuarta consulta se concluye con la modificación que presentaron hasta ese momento.

Conclusiones: Los pacientes que ingresaron al estudio, tenían desde 1 año hasta 15 años de tener sintomatología compatible con el SII; por lo que llama la atención, la pronta respuesta del paciente al medicamento homeopático, y que en un tiempo de 4 meses, haya logrado un 70.92% de mejoría global de su sintomatología.

En relación a la mejoría sintomática entre los síntomas mentales y particulares u orgánicos, encontramos una diferencia de 36.07% a favor de los síntomas

particulares, ya que estos lograron un 82.88% de respuesta favorable al tratamiento homeopático, mientras la de los mentales fue de 46.81%.

Los síntomas orgánicos predominantes, en el grupo estudiado fue la flatulencia y la distensión abdominal.

Los síntomas mentales de mayor incidencia fueron: 1) enojo y vejación suprimida, 2) aversión a la compañía, 3) tristeza y depresión mental 4) cambios en el estado emocional, 5) siendo la hostilidad y la agresión más frecuente en esta población.

Se encontró que hay una alta incidencia del SII, pero un buen porcentaje se excluyó por parasitosis (Solis, 1995).

2.- Remedios Homeopáticos Estudiados

-Asafoétida

-Colocynthis

-Lycopodium

Los síntomas del síndrome del intestino irritable, incluyen uno o más de los siguientes: Diarrea y estreñimiento alternos, gases intestinales, distensión y calambres, dolor abdominal, defecación dolorosa, secreción mucosa y comida indigerida en la deposición. A pesar de estos síntomas inquietantes, la gente con SII, tiene intestinos normales, tanto como cualquier examen médico puede mostrar. Así la enfermedad pertenece a una categoría de enfermedades que los médicos llaman funcionales. Este término significa que mientras la función del intestino parece haberse alterado, no puede descubrirse ninguna lesión ni perturbaciones de su estructura. La causa del SII permanece desconocida, aunque se piensa que el estrés juega un papel.

Evaluaciones Científicas de los Remedios Homeopáticos para el Síndrome del Intestino Irritable:

Un remedio homeopático *Asafoétida*, ha sido evaluado como un tratamiento potencial para el síndrome del intestino irritable. En este ensayo doble ciego de 14 semanas de duración, cerca de 100 personas con síndrome de intestino irritable recibieron *Asafoétida* D3 o placebo. Los resultados indicaron que los participantes que tomaban el remedio homeopático mejoraron en un alcance mayor que los que tomaban placebo.

Tratamientos Homeopáticos Tradicionales para el Síndrome del Intestino Irritable:

En la homeopatía clásica, hay muchos tratamientos homeopáticos posibles para el síndrome del intestino irritable, para escogerse basados en varios detalles específicos de la persona que busca tratamiento.

El cuadro sintomático clásico de *Asafoétida*, el remedio analizado en el estudio doble ciego descrito anteriormente, incluye el estreñimiento alternado con la diarrea abundante, repugnante y aguada, la distensión abdominal con mucha flatulencia y la sensación de un bulto en la garganta que se alivia tragando y eructando. Los síntomas empeoran después de comer, de sentarse, en la noche y en el costado izquierdo, pero se alivian por la presión y el movimiento al aire libre.

El remedio *Colocynthis* podría sugerirse cuando el dolor abdominal se describe como mordacidad o calambres, con frecuencia viniendo en ondas y aliviado por la presión firme o doblándose de dolor. El dolor se incrementa comiendo o bebiendo, así como por las emociones de ira o indignación. Con frecuencia el dolor alcanza su cima antes de la diarrea

El remedio homeopático *Lycopodium* podría recomendarse cuando los síntomas incluyen dolor similar a bandas alrededor de la cintura, flatulencia grave y distensión y acidez frecuente

(<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?>,2009).

3.- En un artículo publicado en el *Annals of Internal Medicine* del 17 de octubre de 2006, miembros de la Universidad de California, Los Angeles, y de la Universidad de Chicago, Illinois, se proponen determinar si la Rifaximina, un antibiótico no absorbible por el intestino (que venía siendo utilizado en la llamada “diarrea del viajero”, es más efectivo que un placebo en la reducción de los síntomas en el adulto del síndrome de intestino irritable

(<http://www.saludlandia.com/tratamiento-para-el-síndrome-del-intestino-irritable-1256.ht>).

El síndrome de intestino irritable es un trastorno intestinal muy frecuente caracterizado por dolor abdominal (en forma de retortijones) y alteraciones de la función intestinal: distensión abdominal por retención de gases, diarrea y estreñimiento. Durante muchos años el síndrome del intestino irritable fue considerado un problema puramente psicológico.

El estudio ha sido realizado (a doble ciego, aleatorizado y controlado por placebo) en 87 pacientes que cumplían los denominados criterios de Roma I para el diagnóstico del SII: dolor abdominal, sufrido durante 12 semanas o más, en el que se cumplen 2 de los 3 siguientes criterios:

- El dolor se alivia tras la defecación
- El comienzo se asocia con un cambio en la frecuencia de la defecación
- El comienzo se asocia con un cambio en la forma (aparición) de las heces.

Los participantes que cumplían los criterios fueron asignados aleatoriamente para recibir 400 mg de Rifaximina 3 veces al día durante 10 días (43 participantes) o un placebo (44 participantes).

Ochenta participantes completaron el tratamiento con Rifaximina (Zaxine, Xifaxan, Zaxin) o un placebo, y se dispuso de datos en al menos 34 participantes en cada grupo.

Se proporcionó un cuestionario a los participantes que fue rellenado antes de iniciar el estudio y 7 días después. El resultado evaluado fue la mejoría global

del SII. A los pacientes se les pidió que mantuvieran un diario en el que anotaban los síntomas semanales durante 10 semanas.

Los resultados fueron los siguientes: trascurridas 10 semanas de seguimiento, la Rifaximina condiciona una mayor mejoría de los síntomas del SII, con menores molestias provocadas por la distensión abdominal gaseosa.

La conclusión de los autores es que, aunque el número de participantes en el estudio es corto, la Rifaximina mejora los síntomas del síndrome del intestino irritable trascurridas 12 semanas desde la retirada del tratamiento (<http://www.saludlandia.com/tratamiento-para-el-síndrome-del-intestino-irritable1256.ht.>).

4.- Síndrome de Intestino Irritable en adulto que acude a una Unidad de Medicina Familiar No. 53 del IMSS , en León Guanajuato (Leyva, 2006).

Objetivo: determinar la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en el adulto que acude a consulta externa.

Material y Métodos: adultos de 20 a 49 años de edad que asistieron a la consulta externa de la unidad, a quienes se les realizó una encuesta para diagnosticar Síndrome de Intestino Irritable de acuerdo con los criterios de Roma II.

Resultados; se estudiaron 246 pacientes; 85(35%) tuvieron diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable; 18 pacientes (21%) fueron hombres y 67(79%) mujeres; ocho pacientes (9%) tuvieron Síndrome de Intestino irritable con predominio de diarrea, 41(48%) con predominio de estreñimiento y 32(42%) con síntomas alternos.

Conclusiones: la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en los adultos estudiados fue de 35%, siendo más frecuente con predominio de estreñimiento (Leyva, 2006).

Comparación:

1.- En el: **Síndrome de intestino irritable y tratamiento homeopático (SIITH)**, la sintomatología es de 1 a 15 años; en la presente tesis: **Valoración del efecto de *Nux vomica 30c* en el dolor, en el síndrome de intestino irritable, (VENDSII)**, es de 1 año aproximadamente, y el número de pacientes y edad, en SIITH, es de 11 pacientes, 10 mujeres 90.9% y 1 solo hombre, 9.1% siendo sus edades de 26 a 62 años, en VENDSII, iniciamos con 25 pacientes, desertando 7, correspondiendo a 28% del total, de los cuales 4 son del sexo masculino, con edad de (2 de 18 años y 2 de 50 años), que corresponden a 16% del total, y 3 del femenino, (1 de 30 años y 2 de 55 años), que corresponden al 12 % del total., quedando 18 pacientes todas del sexo femenino, cuyas edades van de los 20 a los 40 años.

La duración del estudio en SIITH, fue de tres períodos de 22 días cada uno, en VENDSII, 8 semanas, con valoraciones cada semana. Los medicamentos homeopáticos utilizados en SIITH, fueron: *Nux vomica*, *Lycopodium*, *Natrum muriaticum*, e *Ignatia amara*; los cuales se encuentran entre los primeros seis de los medicamentos citados. De acuerdo con el medicamento indicado el 63.6% de los pacientes le correspondió a *Nux vomica*, el 18% *Natrum muriaticum*, el 9.1% *Ignatia amara* y 9.1% *Lycopodium clavatum*, en VENDSII, *Nux vomica 30c* glóbulos, placebo y trimebutina 200 mg. tabletas. En el primer período de SIITH, se administró a la potencia 0/1 ML, en el segundo 0/2 ML y en el tercero 0/3 ML, en VENDSII, *Nux vomica 30c*, glóbulos, placebo y Trimebutina 200 mg. tabletas.

Los síntomas orgánicos predominantes, en SIITH, fue la flatulencia y la distensión abdominal, en VENDSII, fue el dolor abdominal. La primera etapa inició con la primera consulta médica, donde se realizó la historia clínica y exploración física, indicándose a la vez los exámenes de laboratorio (Biometría hemática y coproparasitológico en serie. La sintomatología del paciente debe corresponder con el diagnóstico del SII En esta primera consulta en SIITH, se le indicó el medicamento homeopático que le correspondió, de acuerdo a la repertorización de sus síntomas, en VENDSII. Se realizó historia clínica homeopática y exploración física, se seleccionaron los pacientes, de acuerdo a

los criterios de Roma II, se valoró el dolor por medio de la escala de EVA, a cada uno de los pacientes, para determinar el grado de dolor al inicio del estudio, en esta escala; Según los criterios de Roma II, el dolor o las molestias abdominales constituyen un signo clínico con carácter de prerrequisito de SII. En esta primera semana se le inició el tratamiento con el medicamento *Nux vomica* 30c, placebo, o tratamiento convencional, Trimebutina 200 mg. tabletas, para cada grupo respectivamente.

Llama la atención, la pronta respuesta del paciente al medicamento homeopático, en SIITH y que en un tiempo de 4 meses, haya logrado un 70.92% de mejoría global de su sintomatología. En VENDSII, obtuvimos una mejoría muy significativa de 2 a 7 puntos en la escala de EVA, en 8 semanas de 50% como promedio, con el medicamento homeopático, *Nux vomica* 30c glóbulos, con el placebo, se obtiene mínima mejoría de 1 punto en la escala de EVA (10%) y una respuesta significativa en el grupo control con tratamiento convencional de 40%, como promedio. A la hora de diseñar un tratamiento para el síndrome del colon irritable, el clínico debe tener en cuenta que aproximadamente el 40% de los casos responde al placebo (ver tratamiento); en VENDSII, obtuvimos mínima respuesta en el grupo control-placebo, al final del estudio fue de 10%.

Estudios que han intentado esclarecer qué otros factores pueden determinar que un sujeto acuda o no al médico, han encontrado como factores predictores de consulta médica el dolor abdominal, la diarrea, el estreñimiento, la edad, los síntomas asociados y los trastornos psicopatológicos. El dolor abdominal es el síntoma que en más estudios se ha podido relacionar (Leyva, 2006). Según la mayoría de los estudios es especialmente importante la intensidad, la frecuencia y la duración del dolor. En el presente faltó evaluar estas características. En SIITH, no se evaluó este síntoma; en VENDSII, es el único síntoma que se valoró y es la base importante de este estudio. The International Association for the Study of Pain (IASP), definió al dolor como “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos (Bistre, 2003).

La prevalencia tanto en Estados Unidos como en Europa, China y Japón, el SII afecta entre el 14 y 24% de las mujeres y 15 a 19% de los hombres (Leyva, 2006).

En México, algunos investigadores estiman que la prevalencia en la población abierta es de 18%, en el Hospital General de México 23.5%, (Córdova, 2008) igualmente en la Asociación de Gastroenterología de México respectivamente. Aproximadamente 20% de la población general con SII acude al médico, 20% a 50 % de las visitas a un gastroenterólogo son por SII (Córdova, 2008). El médico de primer contacto y múltiples especialistas están involucrados en el diagnóstico y manejo del SII (Córdova, 2008). Predomina en el sexo femenino >2:1 y es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfriado común. Uno de cada 5 personas adultas presenta síntomas, pero pocos buscan ayuda profesional (Blasco, 2008; Córdova, 2008; Díaz-Rubio, 2007). La Edad promedio de los pacientes, tanto en SIITH y VENDSII, es de 30 años aproximadamente en otros estudios es de 35 años.

.2.- El remedio homeopático, **Asafoétida**, ha sido evaluado como un tratamiento potencial para el síndrome del intestino irritable. En este ensayo doble ciego de 14 semanas de duración, cerca de 100 personas con síndrome de intestino irritable recibieron *Asafoétida* D3 o placebo. Los resultados indicaron que los participantes que tomaban el remedio homeopático mejoraron en un alcance mayor que los que tomaban placebo. En VENDSII, la respuesta con el medicamento homeopático es muy significativa, 50% de mejoría como promedio y con el placebo es poco significativa la mejoría de 10%.

El remedio **Colocynthis** podría sugerirse cuando el dolor abdominal se describe como mordacidad o calambres, con frecuencia viniendo en ondas y aliviado por la presión firme o doblándose de dolor. El dolor se incrementa comiendo o bebiendo, así como por las emociones de ira o indignación. Con frecuencia el dolor alcanza su cima antes de la diarrea; con *Nux vomica* sensación de pesadez, dolores de tipo cólico, estreñimiento frecuente con falsos deseos de evacuar, diarrea después de los excesos alimentarios, a veces presencia de hemorroides. **Lycopodium** podría recomendarse cuando los síntomas incluyen

dolor similar a bandas alrededor de la cintura, flatulencia grave y distensión y acidez frecuente; con *Nux vomica*, igual que el punto anterior.

3.- Se proponen determinar si la Rifaximina, un antibiótico no absorbible por el intestino (que venía siendo utilizado en la llamada “diarrea del viajero”, era más efectivo que un placebo en la reducción de los síntomas en el adulto del SII.

La Rifaximina condiciona una mayor mejoría de los síntomas del SII, con menores molestias provocadas por la distensión abdominal gaseosa. La conclusión de los autores es que, aunque el número de participantes en el estudio es pequeño, la Rifaximina mejora los síntomas del síndrome del intestino irritable transcurridas 12 semanas desde la retirada del tratamiento.

La Rifaximina mejoró los síntomas en el SII en 12 semanas de tratamiento, (molestias provocadas por la distensión abdominal gaseosa), en VENDSII la mejoría se presentó antes de las 8 semanas.(no solamente disminuyendo el dolor sino el cuadro clínico del SII muy significativamente de 2 a 7 puntos en la escala de EVA y como promedio 50% de mejoría. Los dos estudios fueron controlados por placebo, con resultados poco significativos.

4.- En este estudio se determinó la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en el adulto que acudió a consulta, usando para el diagnóstico los criterios de Roma II. Resultados; se estudiaron 246 pacientes; 85(35%) tuvieron diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable; 18 pacientes (21%) fueron hombres y 67(79%) mujeres; ocho pacientes (9%) tuvieron Síndrome de Intestino irritable con predominio de diarrea, 41(48%) con predominio de estreñimiento y 32(42%) con síntomas alternos. Conclusiones: la prevalencia del Síndrome de Intestino Irritable en los adultos estudiados fue de 35%, siendo más frecuente con predominio de estreñimiento.

Comentario: En la literatura se ha señalado que entre estos pacientes, las mujeres son quienes acuden más al médico (igualmente en SIITH y VENDSII). Dicho fenómeno se repite en este estudio, pues del total de pacientes que

acudieron al médico por los síntomas de SII, 92% fue del sexo femenino. Esto probablemente se deba a factores culturales, ya que en nuestro país el sistema de salud pública ha enfocado más la promoción de la atención médica hacia la mujer, y por lo general, es la que tiene más tiempo disponible para acudir a las unidades de salud, en contraste con otros lugares como India y Sri Lanka, donde son los hombres quienes acuden con más frecuencia a la atención médica por SII, debido a que tiene mayor acceso a los servicios de salud.

En algunos análisis, además del dolor se ha podido establecer una relación entre diarrea y la consulta con el médico; por el contrario, el estreñimiento se ha descrito como uno de los factores asociados a no consultar con el médico. En el presente estudio no se halló una relación significativa entre los síntomas predominantes del SII y la necesidad de buscar atención médica, pues tanto en los pacientes con diarrea, estreñimiento y con síntomas alternos, predominó la conducta de no acudir a atención médica, (Leyva, 2006) en SIITH y VENDSII, se buscó atención médica. En algunas investigaciones se ha identificado relación entre edad y consulta médica, de forma que a más edad, mayor frecuencia de acudir a atención médica por SII. En este estudio se corroboró este fenómeno, pues la edad de los pacientes que asistieron a atención médica fue significativamente mayor que la de quienes no lo hicieron (Leyva, 2006).

JUSTIFICACIÓN

A pesar de que el SII ha sido estudiado, aún se sabe poco acerca de su tratamiento, siendo el dolor uno de los síntomas que mayor molestia causan a los pacientes. Se han realizado estudios utilizando diversas sustancias, pero se descubrió que causaban efectos colaterales. A pesar de que se conoce su fisiopatología, no hay un tratamiento específico, por lo que se deben buscar alternativas principalmente para el dolor, y la homeopatía podría ser una de ellas. Por lo que nos dirigimos a buscar un tratamiento efectivo y sin efectos colaterales, no olvidándonos de beneficiar la economía del paciente, ya que los medicamentos alopáticos son cada día más caros, en un país donde el ingreso personal y familiar es muy bajo, destinándose los recursos económicos a la alimentación y vestido, no alcanzando el ingreso familiar a cubrir gastos de medicamentos, en la mayoría de las familias mexicanas.

En el algoritmo repertorial del SII, los 10 medicamentos más afines, en orden de importancia son: 1) *Nux vomica* 2) *Sulphur* 3) *Sepia off.* 4) *Lycopodium* 5) *Natrum muriaticum*. 6) *Ignatia amara*, 7) *Lachesis*, 8) *Pulsatilla*, 9) *Arsenicum album* y 10) *Calcárea carbónica*. Los medicamentos utilizados en un estudio previo fueron: *Nux vomica*, *Lycopodium*, *Natrum muriaticum*, e *Ignatia amara*; los cuales se encuentran entre los primeros seis de los medicamentos citados. De acuerdo con el medicamento indicado el 63.6% de los pacientes le correspondió a *Nux vomica*, el 18% *Natrum muriaticum*, el 9.1% *Ignatia amara* y 9.1% *Lycopodium clavatum*. Siendo el medicamento homeopático *Nux vomica* 30 c, uno de los medicamentos más afines, con 63.6% de frecuencia en el SII, según estudios previos y ser el medicamento que cubre la mayor parte de la sintomatología de este padecimiento.

Según el Comité de Prácticas de la Asociación Americana de Gastroenterología, reportó que la prevalencia del SII era de 5 a 25%. En los países anglosajones se ha estimado que el SII ocurre en el 10% a 22% de la población adulta, predomina en el sexo femenino >2:1 y es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfriado común. Uno de cada 5 personas adultas presenta síntomas, pero

pocos buscan ayuda profesional. Se presenta en todos los continentes con una incidencia muy similar. Tiene mayor incidencia en las mujeres entre 20 a 40 años. La prevalencia es igualmente elevada en China pero menos frecuente en Tailandia. Rara vez se diagnostica en Uganda pero, aparentemente es común en la India, Japón y Sudamérica.

En México, algunos investigadores estiman que la prevalencia en la población abierta es de 18%, en el Hospital General de México 23.5%, igualmente en la Asociación de Gastroenterología de México respectivamente. Aproximadamente 20% de la población general con SII acude al médico, 20% a 50 % de las visitas a un gastroenterólogo son por SII. El médico de primer contacto y múltiples especialistas están involucrados en el diagnóstico y manejo del SII.

El SII es una enfermedad de personas jóvenes, que en la mayoría de los casos aparece antes de los 45 años. No obstante, algunas publicaciones sugieren que los ancianos padecen los síntomas del intestino irritable con una frecuencia que es hasta 92% más elevada que en personas de mediana edad.

La investigación en homeopatía ha sido tradicionalmente dirigida a definir la eficacia de las potencias homeopáticas en comparación con la medicación con placebo. En la actualidad existe mayor conciencia de que la consulta homeopática es en sí una intervención terapéutica que trabaja en forma independiente o sinérgica con el remedio prescrito. La investigación clínica ocupa un lugar central en el proceso de evaluación de la homeopatía, al igual que la observación clínica en medicina. Más que cualquier teoría, es de hecho, la “clínica” la que determina ante todo la práctica médica. Esta tiene como objetivo probar la eficacia de los medicamentos y del método de prescripción y con ello confirmar la eficacia de las diluciones ej. experimentación pura.

Desde hace cuarenta años se vienen realizando numerosos experimentos clínicos en homeopatía, ya sea en el marco de tesis de medicina o de farmacia, ensayos clínicos contra productos de referencia por iniciativa de diferentes laboratorios farmacéuticos especializados o estudios promovidos por comisiones oficiales. Año tras año, la metodología ha mejorado gracias al impulso de los comités de lectura

de las revistas a las que se han presentado estos estudios para su publicación. Los intercambios entre estos comités y los médicos experimentadores han permitido que algunos de estos estudios alcancen un alto nivel de calidad y una auténtica difusión internacional; como ejemplo las investigaciones que llevan a cabo los investigadores de ciertas sustancias o plantas, en un sujeto voluntario sano, que permite definir sus efectos y transcribir sus características en la materia médica, o para su publicación en dichas revistas.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas. El manejo debe ser racional y proporcionar al paciente apoyo psicológico, ayudarlo a entender el factor emocional en este padecimiento funcional, una vez que se descartaron enfermedades orgánicas y explicar al paciente los mecanismos fisiopatológicos, los trastornos de la motilidad intestinal o la hipersensibilidad visceral, para que acepte el hecho de que es un trastorno funcional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Será el medicamento homeopático *Nux vomica* a la 30 c capaz de disminuir el dolor en el síndrome de intestino irritable?

HIPÓTESIS

Dado que *Nux vomica* tiene síntomas parecidos a los presentados en el SII, será capaz por lo tanto de disminuir el dolor, en pacientes con este padecimiento, valorado por la escala de EVA.

OBJETIVO GENERAL

Valorar el efecto de *Nux vomica* 30c en la mejoría del dolor, en pacientes con el Síndrome de Intestino Irritable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.-Evaluar el dolor de acuerdo a la Escala de EVA, en pacientes con SII.
- 2.-Valorar el efecto de *Nux vomica* a la 30 c en la mejoría del dolor, en cada revisión.
- 3.-Determinar el tiempo de acción de este medicamento, en el SII.

Criterios de inclusión

- 1.-Pacientes adultos con diagnóstico de SII, de acuerdo a los criterios de Roma II.
- 2.-Más de 3 meses con sintomatología
- 3.-No estar bajo tratamiento con medicamentos ni laxantes.
- 4.-Sin patología agregada
- 5.-Sin modificación de prácticas alimentarias..
- 6.-Ambos sexos.

7.-Edad: entre 18 a 55 años.

Criterios de exclusión

1.-Padecer cualquier enfermedad que coexista con neuropatía visceral, como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedades neurológicas primarias y reumatológicas, así como, haber sido operado del tórax y abdomen.

2.-Embarazo

3.-Con tratamiento farmacológico.

Criterios de eliminación

1.-Que falte a 2 citas consecutivas

2.- Que haya suspendido el tratamiento.

Tipo de estudio

Prospectivo: por que la información se obtuvo de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión para recabar los resultados del estudio en el SII.

Longitudinal: ya que se aplicaron 8 sesiones (5 glóbulos 3 veces por día, por 2 meses) de tratamiento para comprobar la eficacia de la terapéutica homeopática en el SII.

Clínico: Se valora la disminución del dolor con la escala de EVA a los pacientes con placebo y pacientes medicados con *Nux vomica*, para comprobar su efectividad, en el SII.

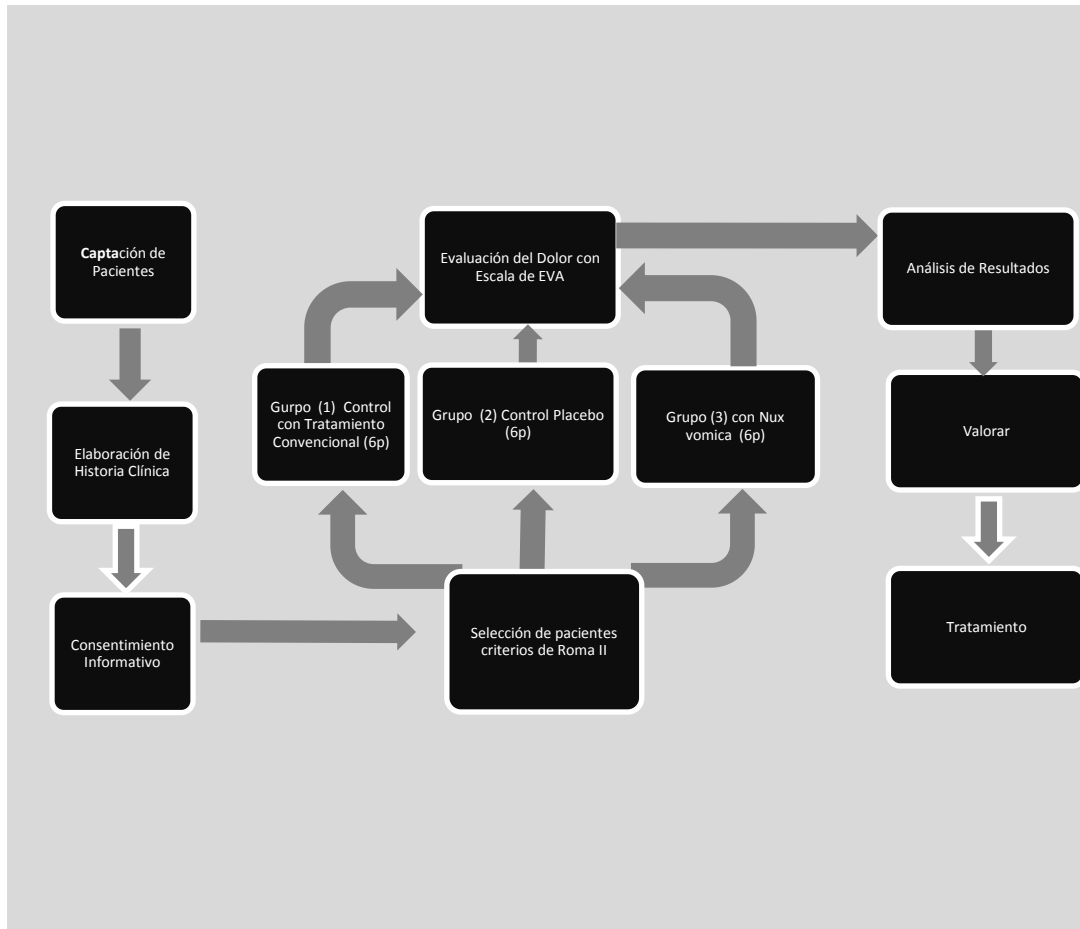


Fig. No. 12 METODOLOGIA

Se captaron 25 pacientes, se les elaboró una historia clínica homeopática, se firmó carta de consentimiento informado, se seleccionaron los pacientes de acuerdo a los criterios de Roma II, se dividieron en tres grupos: A) con tratamiento convencional, B) placebo y C) *Nux vomica* 30c glóbulos, se evaluó el dolor de cada uno de ellos con la Escala de EVA y se administro el medicamento respectivo a cada grupo, por 8 semanas, con valoración cada semana a cada uno de los pacientes, hasta terminar el estudio, analizando los resultado de cada grupo. Desertaron 7 pacientes, en la segunda consulta por mejoría aparente, 4 masculinos y 3 femeninos.

METODOLOGÍA

1.-Se captaron 25 pacientes, desertando 7, quedando 18. Se les elaboró una historia clínica homeopática a cada uno de ellos (ver anexo No.2).

2.- Se les informó del estudio y se les solicitó la firma de la carta de aceptación (ver anexo No.1).

3.- Se seleccionaron de acuerdo a los criterios de Roma II.

I.-Por lo menos 3 meses de síntomas continuos o recurrentes: A) Incomodidad o dolor abdominal que: Disminuye, se alivia con la defecación, o ambas cosas. B) Se asocia con cambios en la frecuencia de evacuación. C) Se relaciona con cambios en la consistencia de la evacuación.

II.- Dos o más de los siguientes datos, por lo menos 25% de las veces o de los días: A) Evacuaciones alteradas en frecuencia (Más de tres movimientos de evacuaciones del colon por día o menos de tres movimientos por semana). B) Evacuaciones alteradas en su forma. (Heces pastosas, duras o líquidas. C) Evacuaciones alteradas en su tránsito. (Esfuerzo, urgencia, o sensación de evacuación incompleta. D) Moco. E) Plenitud o sensación de distensión abdominal.

4.-Se solicitó la firma del consentimiento informado de cada uno de los pacientes. Posteriormente se dividió aleatoriamente a los 18 pacientes en tres grupos: A-1, figura 16, con tratamiento convencional, trimebutina 200mg.tabletas; B-2, figura 17, grupo placebo y C-3, figura 18, grupo con *Nux vomica* 30 c glóbulos. Se valoraron los 18 pacientes con la escala del dolor de EVA, obteniéndose mediciones que fueron del 6 al 9, siendo 0 (cero) nulo dolor y 10 dolor en su máxima intensidad.

.a).- El grupo A-1 estuvo formado por 6 pacientes, y se trató con tratamiento convencional, trimebutina 200 mg tabletas, 3 veces por día, antes de los alimentos y revisiones cada semana por 2 meses, que consistieron en un: Interrogatorio dirigido a su padecimiento para valorar su mejoría o agravamiento, (valoración de la disminución del dolor en el SII, con la escala de EVA), toma de

presión arterial exploración abdominal para determinar la presencia de dolor a la palpación y todos los datos se anotaron en su hoja de control.

b).- El grupo B-2 estuvo formado por 6 pacientes, tratados con placebo; 5 glóbulos 3 veces por día, por 2 meses y revisiones cada semana: las revisiones se realizaron de la misma manera que con el grupo A y los datos se registraron en su hoja de control.

c).- El grupo C-3 consistió en 6 pacientes que fueron tratados con *Nux vomica*, 30c, 5 glóbulos 3 veces por día, por 2 meses y revisiones cada semana: las revisiones se realizaron de la misma manera que con el grupo A y los datos se registraron en su hoja de control (Figura No. 12).

Medición del dolor

El dolor es un síndrome complejo que se presenta en cualquier individuo, con umbrales, percepciones y tolerancia muy personales. Con frecuencia cuando se habla de dolor, este se sobreestima, se le otorga un valor mayor del real, o su apreciación se hace a la ligera (Bistre, 2003).

Es muy difícil estimar exactamente el grado de dolor que sufre un paciente, puesto que difiere unos de otros en cuanto a su percepción, esto se comprendió hace años y se determinó que existe un grupo de pacientes hiperreactivos que lo perciben fácilmente; el profesional de la salud ha de ejercer un fino juicio para establecer cual es la verdadera intensidad del dolor y el grado de percepción dolorosa del paciente.

El dolor es una compleja experiencia somatopsíquica. El concepto “ dolor total” es el más apropiado, ya que involucra factores psicológicos, espirituales, sociales, y económicos, sumados al componente físico. Cuando el dolor es continuo y tiende a empeorar puede resultar incapacitante y determinar que permanezcan todo el día en su casa o en cama, deprimidos y desmoralizados. Es importante no olvidar que el dolor es una manifestación sugestiva, generalmente de defensa del organismo ante una agresión.

El dolor es subjetivo, para medirlo existen escalas para ello, en el presente trabajo, utilizamos la Escala Visual Análoga (EVA), que es una herramienta que permite que la dimensión del dolor sea comprendida de manera un poco más objetiva (Bistre, 2003).

Escala visual análoga – EVA (Línea de 1-10 cm)

La EVA es una herramienta que permite que la dimensión del dolor sea comprendida su diseño es literalmente la presentación de una línea de 10 cm, pudiendo ser horizontal (Hussinson) o vertical (Sriwatanakut). Esta escala logra que el paciente, con la propia estimación de su dolor, nos indique el dolor que sufre en ese momento y en donde el 0 corresponde a la ausencia de dolor y el 10 al dolor severo, con la aplicación de una frase

sencilla: de 0 a 10, cuanto le duele

(http://www.compumedicina.com/gastroenterología/gastro_010203.htm).

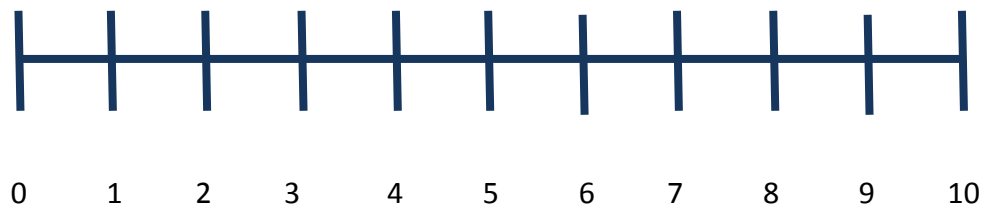


Fig. No. 13. Escala de valor análoga-EVA (Línea de 1 a 10 cm)

Es la presentación de una línea de 10 cm, pudiendo ser horizontal o vertical; esta escala logra que el paciente, con la propia estimación de su dolor, nos indique la intensidad del dolor que percibe en ese momento, donde el 0 corresponde a la ausencia de dolor y el 10 al dolor severo, con la respuesta de una frase sencilla: de 0 a 10, cuanto le duele.

RESULTADOS

Se trataron 25 pacientes que representan el (100%), con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable,(ver figuras 14 y 15) de estos pacientes 21 fueron del sexo femenino (84%) y 4 fueron del sexo masculino (16%) del total; con edades comprendidas de 18 a 55 años, el número de mujeres por edad fue: 4 de 20 años, 3 de 24 años, 6, de 30 años, 4 de 38 años, 2 de 40 años, y 2 de 55 años, y de hombres: 2 de 18 años y 2 de 50 años), desertando 7 pacientes (28%), 3 del sexo femenino (12%) y 4 del masculino (16%) en la segunda consulta, por mejoría aparente, quedando 18 pacientes, los cuales fueron distribuidos aleatoriamente en tres grupos que fueron: A-1, con tratamiento convencional-alopatía, B-2, control-placebo y C-3, con *Nux vomica* a la 30 c glóbulos,ver figuras 16,17 y 18 sin modificación de hábitos alimenticios. Los resultados fueron evaluados con la escala visual análoga de EVA, para valorar intensidad del dolor, ver figura 13.

Los resultados en cada grupo fueron los siguientes: En el grupo A-1 control, con tratamiento convencional, ver figuras 16,19 y 20; 6 pacientes, que corresponden a 33.33% del total de pacientes y que presentaron cambios satisfactorios de 8 a 4 puntos en la escala de EVA, correspondiendo a 40% de mejoría. En el grupo B-2 control-placebo, ver figuras 17,19 y 20, con 6 pacientes, corresponden a 33.33% del total de pacientes, con resultados poco satisfactorios, de 1 punto, en la escala de EVA, correspondiendo a 10% de mejoría. En el grupo C-3, con *Nux vomica* a la 30 c glóbulos, ver figuras 18,19 y 20, al inicio del estudio, con 6 pacientes, corresponden a 33.33% del total de pacientes, con cambios muy satisfactorios, de 2 a 7 puntos en la escala de EVA, correspondiendo a 20,30, 40, 50, 60 y 70% de mejoría para cada uno de ellos y como promedio 50%.

Observamos en la figura, 19 la calificación promedio, en los distintos grupos, que se presentaron al estudio, en primer lugar se presentó el grupo control con tratamiento convencional (alopatía), al inicio y final del tratamiento, con modificación satisfactoria de 4 puntos, de 8 a 4 en la escala de EVA (40%); en segundo lugar, se presentó el grupo control-placebo, con una disminución de 1

punto, de 8 a 7, en la escala de EVA, poco satisfactoria (10%), y por último el grupo con *Nux vomica* 30 c. glóbulos, con una disminución muy satisfactoria de 5 puntos, de 7 a 2, en la escala de EVA, 50% de mejoría como promedio.

Examinamos en la figura 20, el comportamiento y tiempo de acción de cada medicamento, en los diferentes grupos en el SII, en primer lugar se presentó el grupo C-3, medicado con *Nux vomica* 30c, glóbulos, siendo su mejoría muy marcada desde su administración, por lo que podemos concluir que su respuesta fue muy satisfactoria; en segundo lugar se presentó el grupo A-1, con tratamiento convencional (alopatía), observamos que su acción fue insegura, por períodos se estancaba, pero demostró una mejoría aceptable, con respecto al placebo, en tercer lugar se presentó el grupo B-2 con placebo, exhibiendo mínima mejoría al inicio, estancándose el resto del tratamiento; por lo tanto podemos afirmar, que el tratamiento con el medicamento homeopático, *Nux vomica* a la 30 c glóbulos, es importante en el tratamiento del dolor, en los pacientes con SII, en comparación al tratamiento convencional (alopatía) y al placebo.

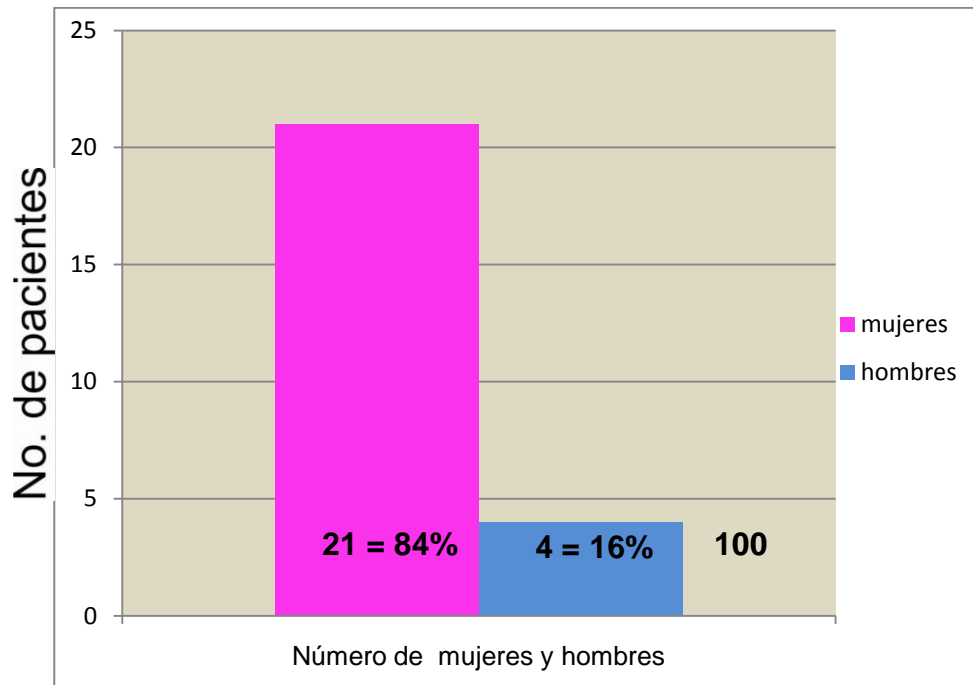


Figura No.14. Total de mujeres y hombres

Número de mujeres y hombres, que participaron en el estudio, siendo 21 mujeres, que corresponden al 84% del total y 4 hombres, que corresponden al 16% del total de 25 pacientes.

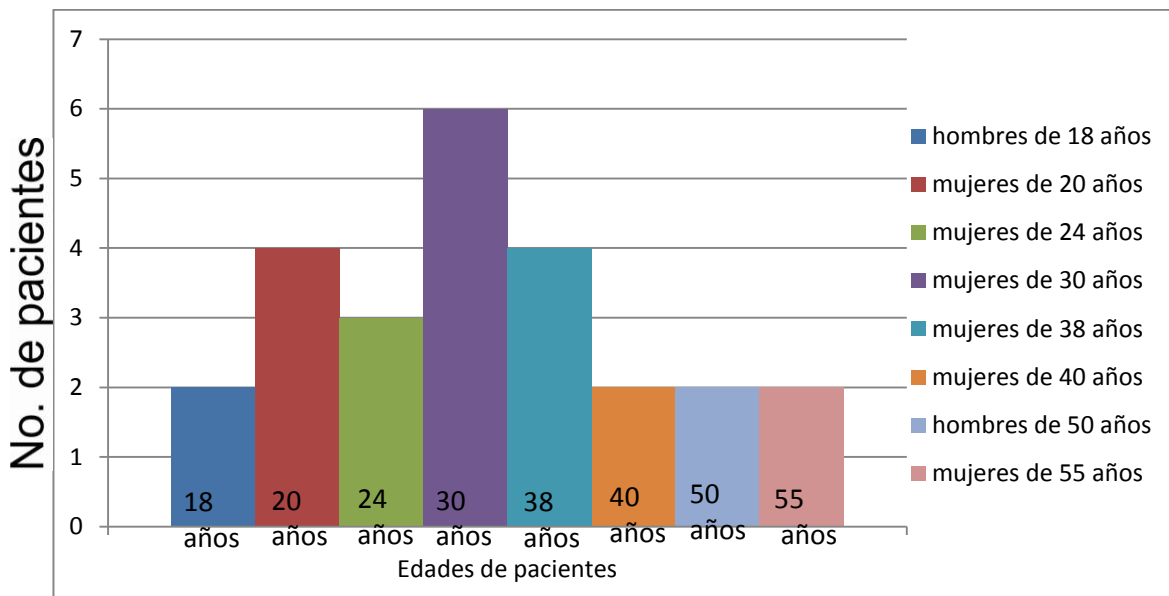
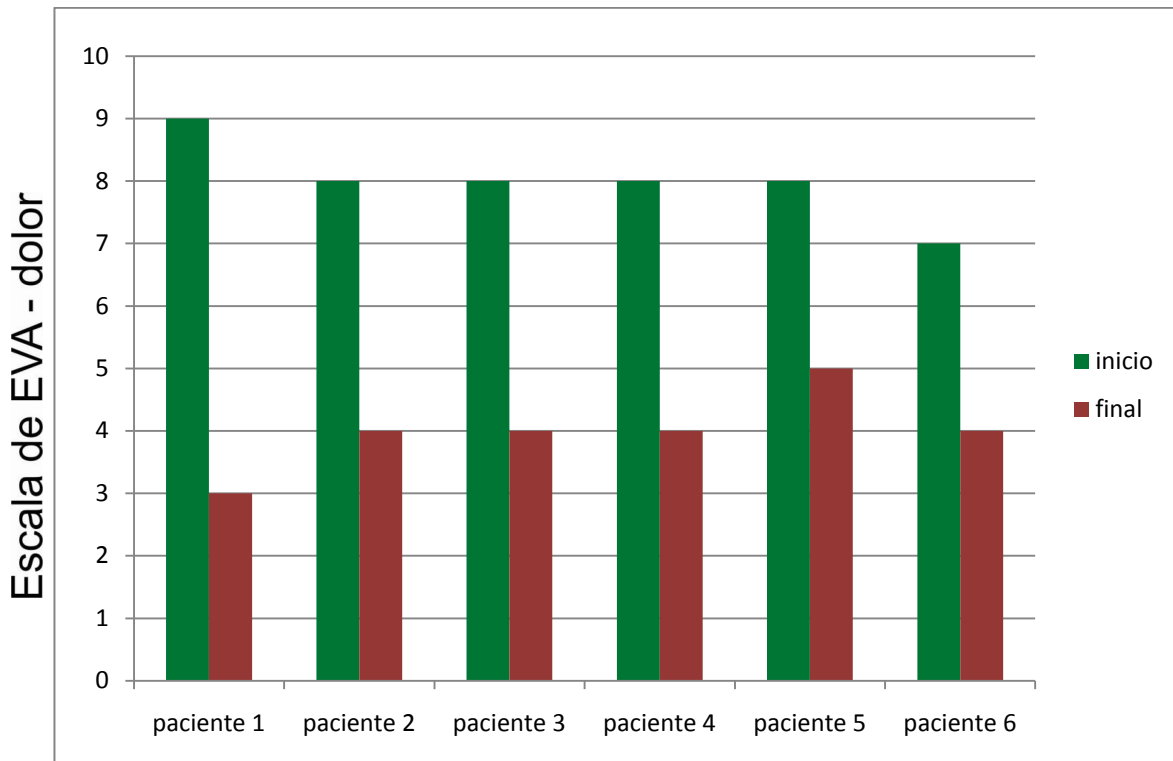


Figura No. 15. Frecuencia por edades

Número de pacientes que participaron en el estudio, 25 en total. 2, pacientes de 18 años, del sexo masculino, que corresponden a 8%, 4 pacientes de 20 años, del sexo femenino, que corresponden a 16%, 3 pacientes de 24 años, del sexo femenino, que corresponden a 12%, 6 pacientes de 30 años, del sexo femenino, que corresponden a 24%, 4 pacientes de 38 años, del sexo femenino, que corresponden a 16%, 2 pacientes de 40 años, del sexo femenino, que corresponden a 8%, 2 pacientes de 50 años, del sexo masculino, que corresponden a 8% y 2 pacientes de 55 años, del sexo femenino, que corresponden a 8%.

Pacientes masculinos 4, (2 de 18 años y 2 de 50 años), que corresponden al 16%
 Pacientes femeninos 21, que corresponden a 84% del total.

Desertores: 7, que corresponden al 28%, del total, 4 masculinos (2 de 18 y 2 de 50 años, que corresponden a 16% del total; y 3 femeninos (1 de 30 y 2 de 55 años, que corresponden a 12% del total; por aparente mejoría en la 2^o. consulta.



Número de pacientes

Figura No.16. Grupo control, con tratamiento convencional (Alopatía).

Evaluación del dolor con la escala de EVA, en el grupo A-1, control con tratamiento convencional (alopatía), al inicio y final del estudio.

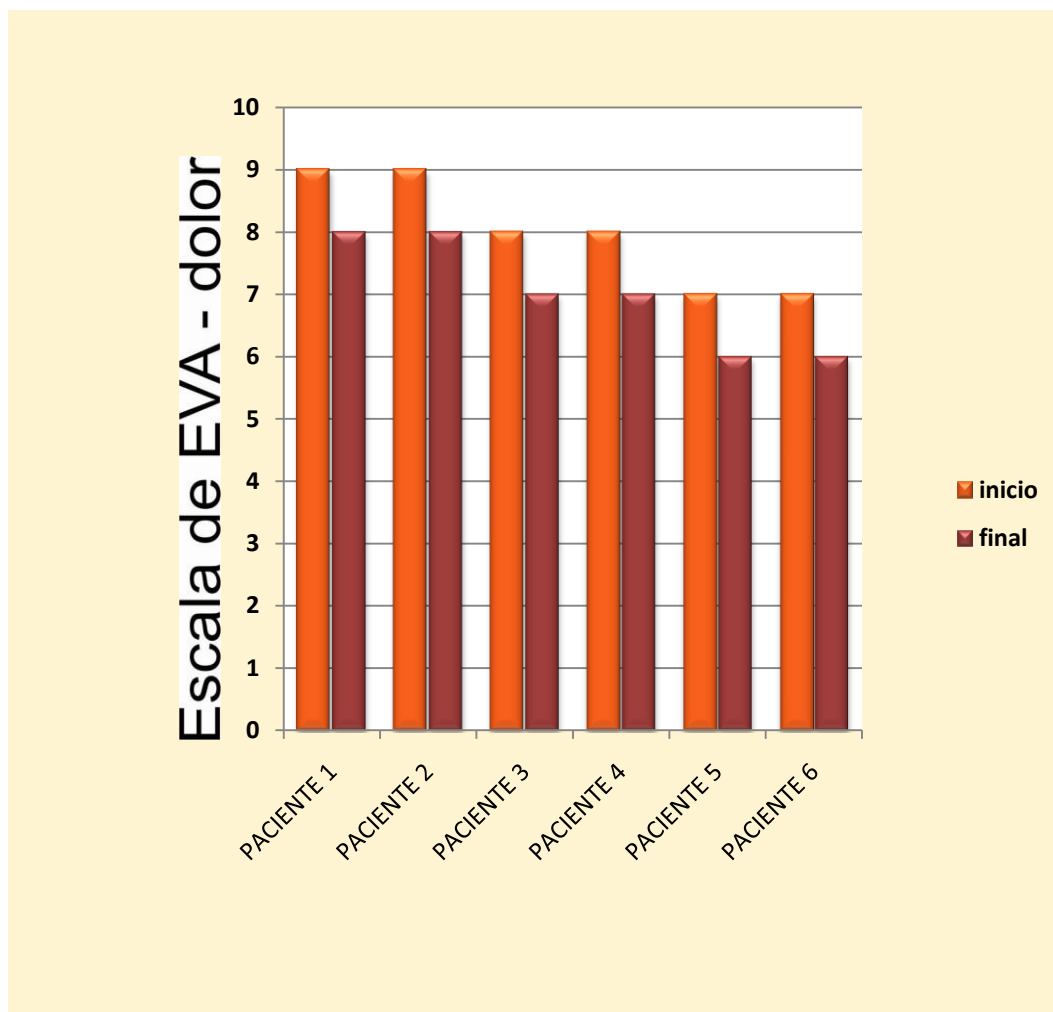


Figura No. 17. Grupo control-placebo

Evaluación del dolor por la escala de EVA, en el grupo B-2, control-placebo, al inicio y final del tratamiento.

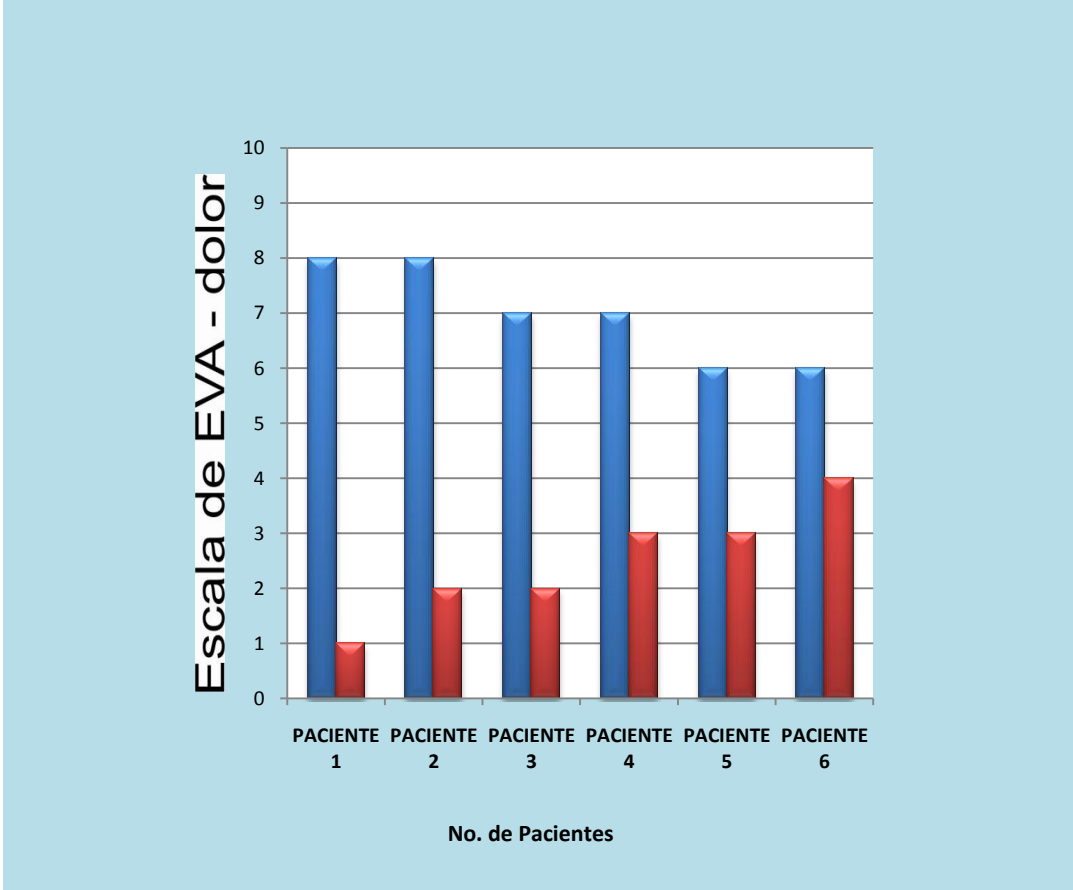


Figura No 18. Grupo con *Nux vomica* 30c, al inicio y final del tratamiento

Podemos apreciar la diferencia, de intensidad del dolor, con la escala de EVA, sin tratamiento (barra azul) y con tratamiento, (barra roja), con *Nux vomica* , 30 c glóbulos),

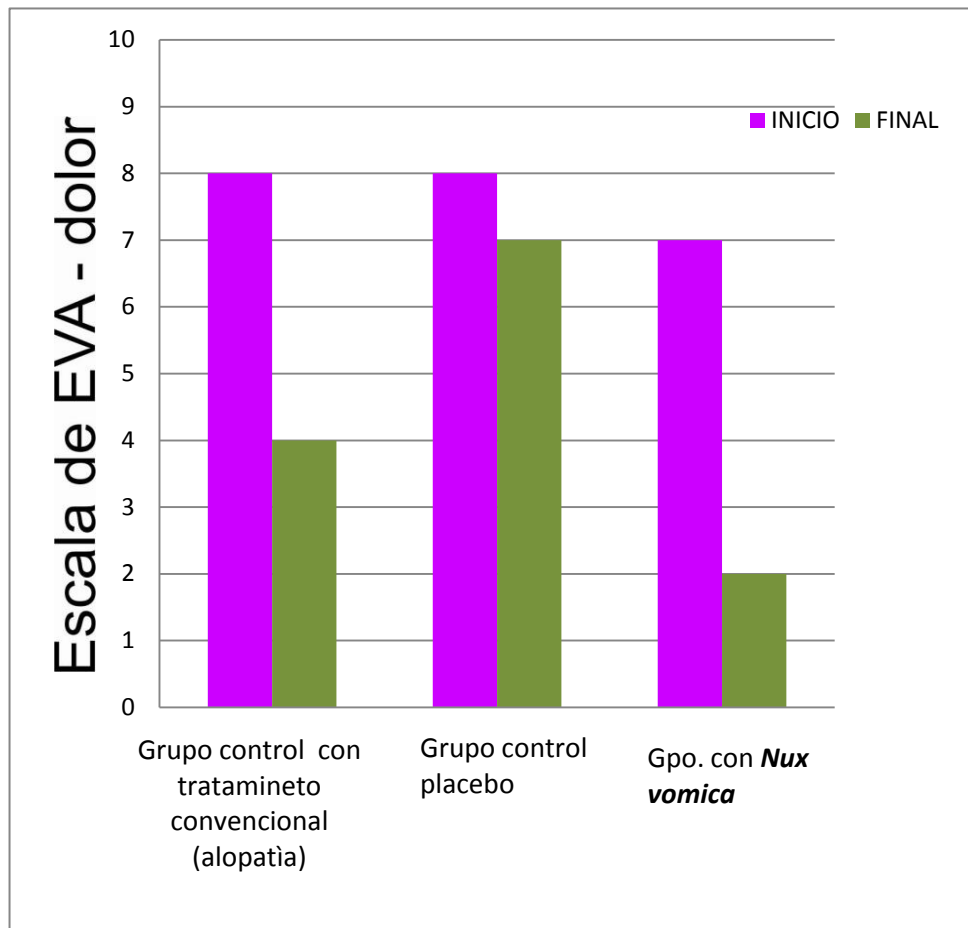


Figura No.19. Comparación de los grupos, inicio y final del tratamiento

Observamos la calificación promedio, en los distintos grupos, que se presentaron al estudio, en primer lugar se presenta el grupo control con tratamiento convencional (alopatía), al inicio y final del tratamiento, con modificación de 4 puntos, de 8 a 4 en la escala de EVA, 40% de mejoría; en segundo lugar, se presenta el grupo control-placebo, con una disminución de 1 punto, de 8 a 7, en la escala de EVA, 10% de mejoría y por último el Grupo con *Nux vomica* 30 c. glóbulos, con una disminución de 5 puntos, de 7 a 2, en la escala de EVA, 50% de mejoría como promedio.

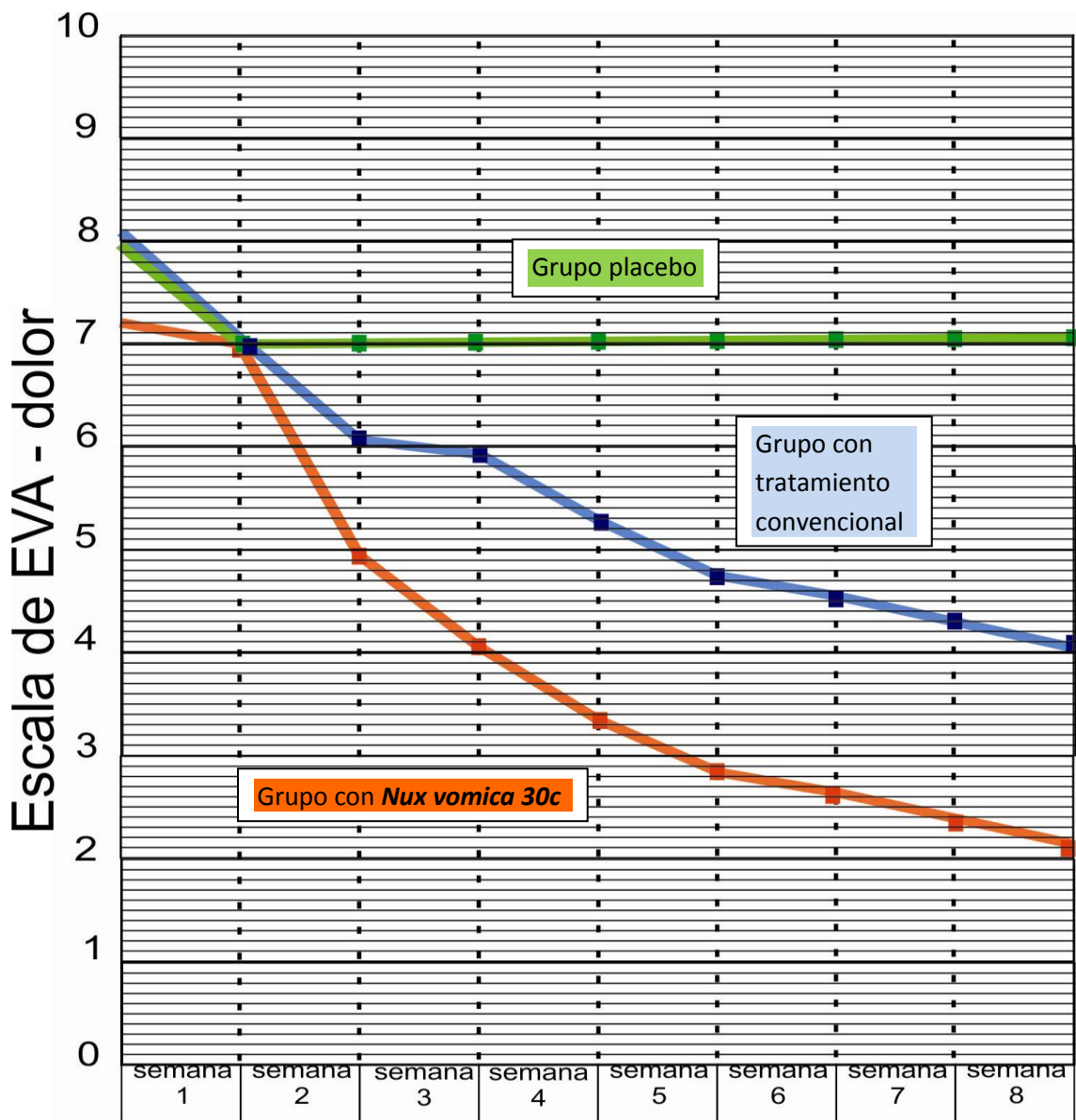


Figura No. 20. Comportamiento y tiempo de acción de cada medicamento, en los diferentes grupos en el SII.

Observamos el comportamiento y tiempo de acción promedio de cada medicamento, en los diferentes grupos en el SII; en primer lugar se presentó el grupo C-3, medicado con *Nux vomica* 30c, glóbulos; en segundo lugar se presentó el grupo A-1, con tratamiento convencional (alopatía), y en tercer lugar se presentó el grupo B-2 con placebo.

Análisis de resultados

Según los criterios de Roma II, el dolor o las molestias abdominales constituyen un signo clínico con carácter de prerrequisito de SII. El grupo de pacientes que se presentaron al estudio, con diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable, seleccionados de acuerdo a estos criterios, donde se valoró la efectividad del medicamento homeopático *Nux vomica* 30 c glóbulos, en el síntoma dolor, con la Escala Visual Análoga-EVA, donde las más numerosas, fueron las del sexo femenino, las más disciplinadas en su tratamiento, las que mayor conciencia de salud tuvieron y las que terminaron este.

Es discutible si hay diferencias en el SII en cuanto al sexo. La verdad tendrá que esperar un entendimiento más lúcido del trastorno. Sin embargo, en Norteamérica, es menos probable que los hombres admitan los síntomas de SII ante los médicos, y participen en estudios clínicos. Pueden haber también diferencias en los mismos síntomas, en asociaciones psicológicas, y en respuestas al tratamiento. Con mejor entendimiento del diagnóstico, diferencias en género, y significado de los síntomas del SII, podemos diseñar mejor la terapia tanto para hombres como para mujeres.

Mientras tanto, se debe entender que el SII no es muy común en hombres, en algunos puede ser angustioso e incapacitante. Se les debe alentar para buscar ayuda médica, donde los principios de diagnóstico, explicaciones, consuelo, y consejos del estilo de vida sean los mismos para hombres y mujeres. Necesitamos entender por qué los hombres norteamericanos buscan rara vez ayuda médica y por qué son menos reticentes en India y Japón. A pesar de su escasa cantidad, los hombres deberían estar apropiadamente representados en estudios psicológicos, fisiológicos, y terapéuticos del SII.

El síndrome de intestino irritable, es una enfermedad crónica y episódica, frecuente en la práctica general y del gastroenterólogo, que se debe diagnosticar con prontitud. Una vez hecho el diagnóstico, este es retenido en el 93% de los casos con un seguimiento a largo plazo. El impacto económico de éste síndrome es alto, derivado de los costos directos (medicamentos, hospitalizaciones,

urgencias, etc.), costos indirectos (disminución de la productividad) y los intangibles (reflejo del sufrimiento humano y la inhabilidad para continuar en el círculo familiar y social debido a los síntomas), Los componentes biológicos, social y psicológico, lo enmarcan en un trastorno biosicosocial y tienen un papel importante en la percepción de la enfermedad, la generación de síntomas, y la búsqueda de atención médica. En la actualidad el tratamiento está orientado al alivio global de los múltiples síntomas, más que el tratamiento de un síntoma aislado. y la homeopatía es una opción aceptable y eficaz para ello.

De los 25 pacientes iniciales, con diagnóstico de SII, corresponden al 100% Grupo A-1, control, con tratamiento convencional, figura 16, con 6 pacientes, corresponden a 24%, con resultados satisfactorios de 4 puntos de 8 a 4 en la escala de EVA, promedio de mejoría 40%; Grupo B-2 placebo, figura 17, con 6 pacientes que corresponden a 24% con resultados poco satisfactorios: 1 punto en la escala de EVA, de 8 a 7, promedio de mejoría 10%; Grupo C-3 (con *Nux vomica* a la 30 c glóbulos), figura 18, con 6 pacientes, corresponden a 24%, con resultados muy satisfactorios, de 2 a 7 puntos en la escala de EVA, promedio de mejoría 50%.

El presente trabajo se inició con 25 pacientes, desertando 7, correspondiendo a 28% del total, de los cuales 4 son del sexo masculino, con edad (2 de 18 años y 2 de 50 años), que corresponden a 16% del total, y 3 del femenino,(1 de 30 años y 2 de 55 años), que corresponden al 12 % del total., quedando 18 pacientes todas del sexo femenino, cuyas edades fueron de 20 a 40 años.

Aunque no se realizó un análisis estadístico, aparentemente el tratamiento con el medicamento homeopático *Nux vomica* a la 30 c glóbulos, disminuyó de manera importante el dolor en los pacientes con SII con respecto a los controles.

DISCUSIÓN

El SII es uno de los trastornos más comunes en la práctica clínica diaria, pero de lo peor comprendidos. En todo el mundo, casi 10 a 20% de los adultos y adolescentes tienen síntomas compatibles, por lo que nos interesamos en este padecimiento, ya que es tratado con múltiples medicamentos alopáticos, con resultados poco satisfactorios para el paciente, no siendo el caso de la homeopatía que demuestra una mejoría superior en este estudio.

En México se presenta en 18% de la población abierta; en el Hospital General de México, en el servicio de gastroenterología 23.5% y Asociación de Gastroenterología de México, respectivamente. Según el Comité de Prácticas de la Asociación Americana de Gastroenterología, reportó que la prevalencia del SII era de 5 a 25%. En los países anglosajones se ha estimado que el SII ocurre en el 10% a 22 % de la población adulta, predomina en el sexo femenino >2:1 y es la segunda causa de ausentismo laboral después del resfriado común (Cordova, 2008).

.Los síntomas pueden en caso de no ser controlados, interferir con el desempeño laboral del individuo, disminuyendo la productividad (ausentismo laboral 3 veces mayor que en los pacientes sanos), y su vida social, hasta el punto de imposibilitarles viajar incluso trayectos cortos. Además afecta de manera negativa las relaciones interpersonales, la autoestima, y la participación en actividades deportivas o recreativas. Por ende, la enfermedad compromete de manera notable la calidad de vida de quienes la padecen, incluso en mayor grado, que el documentado para otras enfermedades crónicas tales como el reflujo gastroesofágico, el asma o la migraña (Olden, 2006).

Se utilizó *Nux vomica*, medicamento homeopático por ser uno de los primeros en el algoritmo repertorial, cubriendo la mayoría de la sintomatología del SII, con 63.6% de mejoría en el estudio (Solis Lee-1995), siguiendo *Natrum muriaticum*, con 18%, *Ignatia amara* con 9,1% y *Lycopodium clavatum* con 9,1%.

Se formaron 3 grupos de 6 pacientes cada uno: grupo A1, con tratamiento convencional-trimebutina 200 mg. tabletas, grupo B2, con placebo y grupo C3,

medicado con *Nux vomica* 30c glóbulos. El grupo A1 su comportamiento en el tiempo del estudio, fué irregular, pero con un porcentaje satisfactorio de mejoría de 40% al final del estudio, siendo superior al grupo B2 (placebo), el cual inició con una pequeña mejoría manteniéndose en esta hasta el fin del estudio de 10%, superando a ambos grupos, el tratado con *Nux vomica*, grupo C3, siendo su comportamiento desde el inicio del estudio a la disminución del dolor y demás sintomatología en cada evaluación semanal, con resultados muy satisfactorios, siendo el promedio de 50% de mejoría.

En diferentes investigaciones la medicina convencional ha sido superior al placebo como se informa en el presente trabajo, no siendo este el ejemplo con medicamentos homeopáticos, sino es todo lo contrario, uno de los motivos que me llevaron a tener un grupo control con medicina convencional en este estudio, para descubrir la incógnita del medicamento más efectivo y benéfico para los pacientes con SII. La Cisaprida y el Tegaserod que se utilizaban para promover la propulsión intestinal para el tratamiento del SII, fueron prohibidos por la FDA de los Estados Unidos por producir alteraciones sobre la conducción eléctrica cardíaca (Córdova, 2008).

Una de las razones por la cual *Nux vomica* fué superior al tratamiento convencional y al placebo, es su doble efecto, tanto local o general en aparato digestivo y mental al disminuir su dolor y angustia en grado muy significativo, siendo esta acción permanente a todo lo largo del tratamiento, haciendo constar aquí, que solamente valoramos la efectividad en el dolor de este medicamento en comparación al tratamiento convencional y al placebo en el SII. Es importante mencionar que este padecimiento no se trata fácilmente como piensan muchas personas, ya que los síntomas aparecen y desaparecen con el paso del tiempo y a menudo presentan superposición con otros trastornos funcionales como fibromialgias, cefaleas, dorsalgia o síntomas genitourinarios. La gravedad de los síntomas varía y puede alterar de manera significativa la calidad de vida (Harrison, 2009).

La prevalencia del SII en este estudio es prácticamente femenina, ya que las pacientes que terminaron el estudio fueron mujeres, con edades de 20 a 40 años;

con 4 masculinos al inicio del estudio, que desertaron en la segunda consulta por mejoría aparente; el SII es un diagnóstico común en la práctica clínica, pues representa 12% de todos los diagnósticos en la consulta de atención primaria y 25 a 50% de las consultas en los servicios de gastroenterología; la variabilidad de la frecuencia en distintas partes del mundo se puede explicar por la diferencia de las muestras examinadas y por el uso de diferentes criterios para definir el SII (Leyva, 2006).

El diagnóstico del síndrome del colon irritable basado en los criterios de Roma II es lo suficientemente robusto para que no sean necesarias otras pruebas como la detección de sangre oculta en las heces, imágenes abdominales, estudio de las heces o endoscopias (Harrison, 2009) Sin embargo algunos prefieren mantener un procedimiento de diagnóstico más tradicional.

CONCLUSION

De los resultados obtenidos podemos afirmar que *Nux vomica* 30c, disminuye de manera importante el dolor, de acuerdo a la escala de EVA en el SII y es importante tenerla como opción terapéutica no solamente en este estudio, sino en relación con otras, como es la alopátia, ya que se comprobó en el presente trabajo la superioridad del medicamento homeopático en comparación a ésta y al placebo. *Nux vomica* fué efectiva no solamente alivió el dolor de cada paciente, sino todo el cuadro clínico del SII, siendo nuestra conducta objetiva en todo el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Barquin, M. **Historia de la Medicina su Problemática Actual**,1980, 5º. Edición, Francisco Méndez Oteo, páginas: 400.

Belon, P. **Investigación clínica e investigación biológica**,2006, Laboratorios Boiron, páginas: 132-133.

Bio Med Central, Ltd. **Homeopatía-¿Cuáles son los ingredientes activos? Un estudio exploratorio utilizando el marco del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido para la evaluación de intervenciones complejas.** 2006, Unidad Académica de la Atención Primaria. Página: 4..

Bistre, S. **Evaluación integral del paciente con dolor**, Clínica del dolor, 2003, Laboratorio Merck, páginas: 189.

Blasco, J, **Síndrome de Intestino Irritable**, Gastroenterología Hoy, Suplemento de la Revista de Medicina Interna de México, 2008, Vol. II, Número 2, páginas: 12-13.

Blasco, J, **Síndrome de Intestino Irritable**, Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional siglo XXI del I.M.S.S.2006, Vol. II, páginas 8-9.

Boyce, P; Kolosqui, N. **Irritable bowel syndrome according to variance diagnostic criteria: are the new Rome II Criteria unnecessary restrictive for research and practice.** American journal of gastroenterology, 2000, Vol. 95, No. 11, páginas: 1-3.

Córdova, V, **Frecuencia del Síndrome de intestino irritable en la consulta de medicina interna y cirugía general en tres centros de atención médica de la**

ciudad de México; Medicina interna de México,2008, Vol. 24, No. 2, páginas: 120-124.

Díaz-Rubio, M. **Convivir con el Síndrome de Intestino Irritable**. 2007, Edición. Panamericana, página: 84.

Distilo, C. **La Homeopatía y el tratamiento del Síndrome del Colon irritable**. Unitas Homeopathica 2005, páginas: 1-3.

Distilo, C. **Concepto de salud y enfermedad, según la homeopatía**, Unitas Homeopathica, 2005, páginas: 1-6.

Evans, B. **Tegaserod para el tratamiento del síndrome de colon irritable y la constipación crónica**, Biblioteca Cochrane Plus, 2008, páginas: 1-2.

Farreras, P, **Medicina Interna**, 2008, 16º Edición, Editorial Elsevier, páginas: 2827, 179-183.

Ferri, F. **Consultor Clínico de Medicina Interna**, 2008, Nueva Edición, Océano, páginas: 1437, 734-735.

Gabuzian, S; Grigorian NL; Azatian ,ZG, **Long-term results in the treatment of patients whit irritable bowel syndrome**, Klinicheskaiia – meditsina, 2005; 72(1), páginas: 47-48.

Guyton, C. **Fisiología Humana**, 1970, 6ª. Edición, Nueva Editorial Interamericana, páginas: 565.

Grant ,W. **Síndrome de colon irritable en hombres: ¿una enfermedad diferente?** Practical Gastroenterology, 2006, páginas: 9-12.

Harrison, **Principios de Medicina Interna**, 2009, 17º Edición, Mc Graw Hill, páginas: 2754, 1899-1903.

Houghton, A. **Do male sex hormones protect from irritable bowel syndrome.** American Journal of gastroenterology, 2006, Vol. 95, No. 9, páginas: 1-4.

Jewell, D. **Challenges in inflammatory bowel disease**, 2006, 2o. Edición Blackwell, páginas: 400.

Koloski N, Talley N. **Predictor of health care seeking for irritable Bowel Syndrome and no ulcer dyspepsia: a critical review of the literature on symptom and factors.** University of Sydney, 2005, Vol. 96, No.5,páginas: 1-5.

Lathoud, **Materia Médica Homeopática**, 1975, 3º. Edición, Editorial Albatros, páginas: 868.

Leyva, R. **Síndrome de intestino irritable en el adulto que acude a una unidad de medicina familiar.** Rev. Med. Inst Mex Seguro Soc. 2006; páginas: 473-479

Locke R; Zimsmeister A. **Risk Factors for irritable bowel syndrome role of analgesic and food sensitivities**, American journal of gastroenterology, 2008, Vol.95, No. 1, páginas: 1-3.

Lorens, A. M.D. **Rome Manning Who Cares?**, American Journal of Gastroenterology, 2000, Vol. 95, No.10, páginas: 1-4.

Mashud, H. **Irritable Bowel Syndrome in rural Community in Blangadhes ; prevalence symptoms pattern and health care seeking behavior.** American Journal of Gastroenterology, 2005, Vol.26, No.5, páginas: 1-3.

Mataix, J. **Tratado de Nutrición y Alimentación**, 2009, Nueva Edición Ampliada, Editorial Océano, páginas: 1993, 1340-1341.

Mousavinasab, M. **Personality Characteristics and Irritable Bowel Syndrome in Shiraz, Southern Iran.** The Saudi Journal of Gastroenterology, 2007, Volume 13, Number 4, páginas: 168-171.

Olden, K. **Treatment of irritable bowel Syndrome new modality's for a new millennium.** American Journal of gastroenterology, 2006, Vol. 95, No. 4, páginas: 1-3.

Pimentel, M; Chow, E. **Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduce symptoms of irritable syndrome,** American journal of gastroenterology, 2004, Vol. 95, No. 12, páginas: 5-8.

Rozenholc, S. **Síndrome del Colon Irritable,** Periódico El Homeopático, 2010, página: 1.

San Martín, H. **Salud y enfermedad,**1984, 3º. Edición, La Prensa Médica Mexicana, páginas: 820.

Schmulson, J. **Evolving concepts in irritable bowel syndrome.** Gastroenterology, 2008, Vol.15, No.1, páginas: 1-3.

Solis, E. **Síndrome de Intestino Irritable y Tratamiento Homeopático.** 1995, Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, Instituto Politécnico Nacional, páginas: 55, 35-46.

Urdang, L. **Diccionario de Medicina Mosby,** 1994, Edición, Grupo Océano. páginas:1437.

Vijnovsky, B. **Tratado de Materia Médica Homeopática,** 1980, 5º Edición, Editorial Albatros, páginas: 495-507.

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article>. **Síndrome del intestino irritable,** Medline Plus, 2009, páginas: 1-4.

<http://blogs.compostelavirtual.com/homeopatia/syndrome-del-intestino-irritable.html>. **Síndrome del Intestino Irritable,** Oti, 2010, páginas: 1-5.

www.iladiba.com.mx **Síndrome del intestino irritable,** Iladiba, 2004, Volumen 2, No.7, páginas: 22-29.

<http://www.iqb.es/digestivo/patología/sd003.htm>. **Síndrome del intestino irritable.** Gastroenterología, 2007, Monografía, páginas: 1-4.

http://www.compumedicina.com/gastroenterologia/gastro_010203.htm. **Síndrome del intestino irritable: Fisiología. y Tratamiento.** Gastroenterología, 2006, páginas: 1-9.

<http://blogs.compostelavirtual.com/homeopatía/category/patologías/colon-irritable>.
Homeopatía, Colon irritable. Oti, 2008, páginas: 1-3.

<http://www.saludlandia.com>. **Tratamiento para el síndrome del intestino irritable,** Annals of Internal Medicine, 2006, páginas: 1-5.

<http://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?>, **Homeopatía: Síndrome del Intestino Irritable,** EBSCO Publishing, 2010, páginas: 1-2.

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

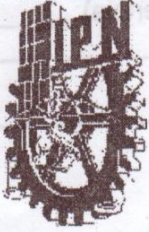
Por medio de la presente, autorizo y estoy de acuerdo en participar en el estudio clínico-experimental, con homeopatía, en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional; denominado “Valoración del efecto de *Nux vomica* 30c en el dolor, del síndrome de intestino irritable, por un período de 8 semanas, en el cual se me selecciona por presentar este diagnóstico, previa historia clínica homeopática, con valoraciones cada semana por parte del médico, el que me proporciona el medicamento homeopático *Nux vomica* 30 c glóbulos, o placebo, o ningún medicamento, según el azar.

Todas las valoraciones y procedimientos médicos, que se lleven a cabo estarán regidas con la mayor educación y atención por parte del médico hacia el paciente, como marcan los derechos humanos y normas internacionales en este tipo de estudios.

En la inteligencia, de que si faltase a dos citas consecutivas, quedo fuera de este estudio, no responsabilizando al médico, ni a la institución.

Nombre y firma del paciente

ANEXO 2



Instituto Politécnico Nacional
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía
Especialidad en Terapéutica Homeopática
EXPEDIENTE CLINICO



Expediente No. _____

Fecha: _____

1. Ficha de identificación:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
 Estado Civil: _____ Ocupación: _____ Escolaridad: _____
 Lugar de origen _____ Lugar de residencia: _____
 Domicilio: _____ Teléfono: _____
 Religión: _____ Familiar acompañante: _____

SIGNOS VITALES:

F.C. _____ F.R. _____ T/A _____ TEMP. _____ PESO: _____ TALLA _____

2.- Antecedentes:

HEREDO-FAMILIARES.

	VIVE	MURIO	CAUSA DE LA MUERTE/ENFERMEDADES IMPORTANTES
Abuela materna	_____	_____	_____
Abuelo materno	_____	_____	_____
Abuela paterna	_____	_____	_____
Abuelo paterno	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Padre	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

ENFERMEDADES QUE SE HAN PADECIDO EN LA FAMILIA (APOYO AL ANTERIOR):

Cancerosas	Virus del Papiloma Humano	Tuberculosis	Hepáticas
Cardíacas	SIDA	Asma	Digestivas
D. M.	Enfermedades Venéreas	Alergias	Neurológicas
Hipertensivas	Artritis/Reumatismos	Insuf. Venosa	Psiquiátricas
Tumorales	Renales	Adicciones	

PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Habitación (tipo, amplitud, servicios sanitarios): _____

Higiene personal (aseo corporal, vestido): _____

Alimentación (tipo, horario, cantidad y calidad): _____

Hábitos personales

Entretenimiento: _____

Actividades deportivas: _____

Toxicomanías: _____

Adicciones (tabaco, café, medicamentos, bebidas alcohólicas; duración, cantidad, frecuencia): _____

Convivencia con animales domésticos: _____

PERSONALES PATOLOGICOS
ENFERMEADES EN LA INFANCIA:

Edad	Edad	Edad
Parotiditis _____	Varicela _____	Reflujo gástrico _____
Sarampión _____	Tos ferina _____	Intolerancia a la lactosa _____
Polio _____	Parasitosis _____	
Difteria _____	Otras _____	

ESQUEMA DE VACUNACION:

BCG: _____	Triple viral (DPT): _____	Otras: _____
Polio: _____	Hepatitis B: _____	
Sarampión: _____	Influenza: _____	

OTRAS ENFERMEADES A LO LARGO DE SU VIDA COMO:

Alergias _____	Neumonía _____	Hepatitis _____
Asma _____	Hipertensión art. _____	Infec. Venéreas _____
Abuso de drogas _____	Infec. Crónicas _____	Herpes _____
Depresión _____	Artritis _____	Problemas dentales _____
Bocio _____	Obesidad _____	
Psicosis _____		

HOSPITALIZACIONES/CIRUGIAS/TRANSFUSIONES

Enfermedad	Fecha	Hospital/Ciudad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Medicaciones anteriores
Anotar las que recuerde hasta la fecha _____

Otras como píldoras anticonceptivas, hormonas, vitaminas, etc. _____

GINECOOBSTETRICOS:

Menarca: _____ Ritmo: _____ IVSA: _____
PAREJAS SEXUALES: _____
FUM: _____ G: _____ P: _____ C: _____ A: _____ FUP: _____ MENOP.: _____
Flujo Menstrual(características): _____
Método anticonceptivo: _____

3. PADECIMIENTO ACTUAL (HOY DEL PACIENTE)

TRIBUNA LIBRE/MOTIVO DE LA CONSULTA

Qué originó su problema de salud, inicio, curso, estado actual; _____

SINTOMAS MENTALES

Qué experiencias en su vida le han afectado profundamente, alguna aflicción o pena por un pariente, la muerte de un ser querido o alguna mortificación aún presente, algún resentimiento u odio? _____

Cómo hace frente o qué actitud toma ante sus problemas? _____

Qué situaciones le hacen llorar? _____

Cómo responde ante el consuelo? _____

Cuánta tolerancia tiene a la espera? _____

Describe algún temor o miedo que haya tenido en la niñez o tenga actualmente sea específico o general (a los perros, las tormentas, alturas, espacios cerrados, al futuro, de estar solo, etc. _____

Bajo qué circunstancias/cuándo se vuelve celoso? _____

Qué tan satisfecho está con su vida profesional, o de la elección de su trabajo? _____

Qué tipo de trastornos puede presentar después de un enojo, tristeza, pena de amor, mortificación, malas noticias, cómo reacciona? _____

Qué actitud toma ante la muerte cuando está muy triste? _____

Qué piensa acerca de la rectitud, la justicia, la puntualidad en la vida diaria? _____

Tiene alguna dificultad para concentrarse o en el aprendizaje? _____

SINTOMAS DE LA CABEZA

Cefaleas _____ Vértigo _____ Migrañas _____

Desvanecimientos _____ Vahídos/desmayos _____

Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____

Horario _____

Otros _____

OJOS

Infecciones _____ Orzuelos _____ Vista disminuida _____
Secreciones _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

OIDOS

Infecciones crónicas _____ Izq./Der _____ Sonidos en los oídos _____ Izq/Der _____
Audición disminuida _____ Dolor _____
Inflam. Meato auditivo _____ Otros _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____

NARIZ

Hemorragia _____ Herpes nasal _____ Infección de senos _____
Secreción _____ Obstrucción _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

CARA

Oleadas de calor _____ Rubor fácil/color de piel _____ Erupciones _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

BOCA/DIENTES

Labios agrietados _____ Herpes labial _____ Aftas _____
Infección de encías _____ Estado de las piezas dentarias _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

GARGANTA INTERNA/CUELLO

Dolor de garganta sensación _____ Sequedad / ardor _____
Infecciones crónicas de amígdalas _____ Carraspera _____
Inspección, aspecto _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

APETITO/HAMBRE

Tiene deseos intensos por alimentos en particular? _____
Tiene aversión hacia algún alimento en particular? _____
Generalmente prefiere alimentos y bebidas frías o calientes? _____
Tiene pérdida de apetito ante circunstancias específicas? _____
Que hay acerca del consumo de alcohol _____ tabaco _____

Café _____ Té negro _____ (dé cantidad diaria)

ESTOMAGO

Gas _____ Ulceras _____ Acedías _____ Dolor _____
Indigestión después de los alimentos _____
Eructos _____ Náuseas _____ Vómitos _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

ABDOMEN

Dolor _____ Hernia _____ Cólicos _____ Timpanismo _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

MATERIA FECAL/ANO

Hemorroides _____ Prurito anal _____ Sangre en el excremento _____
Frecuencia de las evacuaciones _____
Diarrea _____ Estreñimiento _____
otros _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____

SISTEMA UROGENITAL

Micción dolorosa _____ Micción frecuente _____ Nocturna _____
Involuntaria _____ Inflamación de riñones _____
Inflamación de vejiga _____ Frecuencia miccional _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

ORGANOS SEXUALES MASCULINOS

Problemas de próstata _____ Verrugas, condilomas _____
Dolor testicular _____ Erecciones difíciles _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____
Otros _____

ORGANOS SEXUALES FEMENINOS

Leucorrea/características _____
Prurito vaginal _____ Dolor/sensación _____
Orgasmo difícil o ausente _____ Menstruación dolorosa _____
Debilidad intensa durante _____ Ritmo menstrual _____
Cantidad _____ Características _____
Fenómenos que la acompañan _____

SISTEMA RESPIRATORIO

Disnea _____ Tos/características _____
Secreciones _____ Qué lo mejora _____ Horario _____
Qué lo agrava? _____ Horario _____
Otros _____

PECHO/CORAZON

Congestión _____ Dolor/sensaciones _____
Herpes Zoster _____ Otros _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____

ESPALDA

Dolor escapular _____ /Dorsal _____ /Lumbar _____
Lesiones _____ Qué lo mejora _____ Horario _____
Qué lo agrava? _____ Horario _____
Otros _____

EXTREMIDADES

Dolor articular/tipo _____ Muscular/tipo _____ Óseo/tipo _____
Sensaciones: Adormecimiento _____ Frialdad _____ Calor _____
Ardor _____ Ulceras/llagas _____ Características _____
Otros _____ Qué lo mejora _____ Horario _____
Qué lo agrava? _____ Horario _____

PIEL

Prurito _____ Eczema _____ Infecciones _____ Urticaria _____
Verrugas _____ Herpes _____ Manchas _____
Qué lo mejora _____ Horario _____ Qué lo agrava? _____
Horario _____

SINTOMAS GENERALES

Cómo reacciona al frío / calor / clima seco o húmedo? _____

Cómo se siente en la orilla del mar y en la montaña? _____

Se siente mejor o peor

-en el sol _____ en el viento _____ en el calor _____
-en el frío _____ Sudoración/características _____

Se considera una persona friolenta o calurosa? _____

Si hay algo más que no haya sido cubierto y considere importante para usted decirlo, hágalo para anotarlo abajo _____

4. EXPLORACION FISICA:

5. REPERTORIZACION:

Síntomas repertorizados: _____

Resultado: _____

6. LABORATORIO Y GABINETE

7. DIAGNOSTICOS:

Nosológico: _____

Medicamentoso: _____

Miasmático: _____

8. TRATAMIENTO:

Medicamentoso: _____

Dosis y potencia: _____

Recomendaciones: Lecturas, cambio de hábitos, Dieta, etc. _____

9. PRONOSTICO

Durabilidad, incurabilidad parcial o total: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE _____

NOTA DE EVOLUCION.

Si hay algo más que no haya sido cubierto y considere importante para usted decirlo, pégalo para anexo abajo

4. EXPLORACION FISICA:

5. REFERENCIALIZACION:

Síntomas referidos:

Historia:

6. LABORATORIO Y GABINETE

7. DIAGNOSTICOS:

Nosológico:

Medicamentosos:

Mismedicamentosos:

8. TRATAMIENTO:

Medicamentosos:

Dietas y hábitos:

Recomendaciones: Lecturas, cambio de hábitos, Dieta, etc.

9. PRONOSTICO

Gravedad, incurabilidad parcial o total:

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE