SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y MANEJO POR MEDICINA FAMILIAR

IRRITABLE BOWEL SYNDROME, CASE PRESENTATION AND FAMILY MEDICINE MANAGEMENT

Cynthia M. Martínez-Gutiérrez*, Susana Hernández-García y Myrella Vallejo-Solís

Departamento de Medicina Familiar, Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L., México

RESUMEN: El médico familiar atiende padecimientos frecuentes en familias o individuos, pero desde una perspectiva de la familia. Para ello debe aprender y dominar varias habilidades que le permitan obtener información fehaciente, interpretarla y realizar intervenciones educativas y terapéuticas para ayudar a las familias a solucionar sus eventos estresantes, evitar las crisis y fomentar el crecimiento de sus miembros individualmente y como unidad funcional. El objetivo de esta presentación es mostrar la aplicación de las habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas del médico familiar en el abordaje integral de un paciente con síndrome del intestino irritable.

Palabras clave: Síndrome del colon irritable. Atención primaria. Medicina familiar. Habilidad. Relaciones familiares. Dinámica familiar.

ABSTRACT: The family physician deals with frequent illnesses in families or individuals, but from a family perspective. To do this he must learn and dominate several skills that allow him to obtain and interpret reliable information and perform educational and therapeutic interventions to help families deal with their stressful events, avoid crises and encourage the growth of each member individually and as a functional unit. The objective of this presentation is to show the application of conceptual, perceptive and executive skills by the family physician as an integral approach of a patient with irritable bowel syndrome.

Key words: Irritable bowel syndrome. Primary care. Family medicine. Ability. Family relationship. Family dynamic.

Correspondencia:

*Cynthia M. Martínez-Gutiérrez
E-mail: dra.mtztg@gmail.com

Fecha de recepción: 06-05-2020

Fecha de aceptación: 06-08-2020

Disponible en internet: 11-11-2020

Rev Mex Med Fam. 2020;7:115-20

DOI: 10.24875/RMF.20000077

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años, originaria de Veracruz y residente de Monterrey, Nuevo León, cristiana, ama de casa, en unión libre, con preparación trunca. Antecedentes heredofamiliares: abuelo paterno diabético, finado por tumoración gástrica no especificada. Antecedentes personales patológicos: extirpación quirúrgica de fibroadenoma en 2006; síndrome de intestino irritable (SII) de larga evolución con mal apego a dieta basada en oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles (FODMAPS, por sus siglas en inglés)^{1,2}. Alergias y fracturas negadas. Antecedentes personales no patológicos: toxicomanías negadas, inmunizaciones completas. Antecedentes ginecoobstetras: menarca 12 años, ritmo regular 30 x 7, fecha de la última menstruación: 15/07/2019, inicio de vida sexual activa: 19 años, número de compañeros sexuales: 2, método de planificación familiar: ninguno, dos gestaciones, dos cesáreas, prueba de Papanicolau: 2018 sin alteraciones.

Inicia padecimiento actual tres meses previos a esta consulta con empeoramiento de SII caracterizado por dolor abdominal periumbilical de tipo urente 8/10, intermitente. Hace cuatro días se presenta diariamente irradiado a fosa iliaca izquierda. Se acompaña de insomnio de inicio, distensión abdominal que empeora a la ingesta de alimentos, evacuaciones cada 72 horas Bristol 1 y sensación de evacuación incompleta, el dolor mejora al evacuar y al canalizar gases. Refiere ingesta de omeprazol sin obtener mejoría del cuadro. Al interrogatorio por aparatos y sistemas reporta dolor abdominal, cambios en el patrón evacuatorio y consistencia de las heces ya antes mencionados, así como insomnio de inicio. Niega pérdida de peso, fiebre, cefalea, dolor torácico, disnea, síntomas urinarios, alteraciones menstruales, hemorroides y sangrado rectal.

Durante el interrogatorio, gracias a las habilidades perceptuales, el médico familiar nota a la paciente preocupada, por lo que se indaga sobre la esfera psicosocial revelándose un evento estresante (encarcelamiento

de tío paterno) que se asocia con el inicio de la sintomatología.

La exploración física se encuentra dentro de parámetros normales, a excepción del abdomen, el cual se encuentra globoso a expensas de panículo adiposo, con evidente distensión abdominal, sin cicatrices visibles, peristalsis presente y disminuida en frecuencia, timpánico a la percusión, dolor a la palpación en cuadrantes inferiores, sin datos de irritación peritoneal. Se sospecha clínicamente de SII. De acuerdo con los criterios de Roma IV (dolor abdominal recurrente relacionado con la defecación, cambio en la frecuencia y apariencia de evacuaciones)³, se realizó el diagnóstico de SII con patrón predominante de estreñimiento.

Se inicia la recolección de datos para realizar el familiograma sociodinámico y así indagar más en el significado del evento estresante en la paciente y su familia (Fig. 1).

El familiograma muestra una relación muy estrecha de la paciente con su tío paterno, el cual está detenido por problemas legales (acusación de delitos sexuales). Esta relación tan estrecha nace hace 29 años, cuando la madre de la paciente abandona el hogar y el tío paterno se convierte en un segundo padre para la paciente. Esto explica el significado que el evento estresante tiene para la paciente y esclarece la exacerbación del SII, el insomnio de inicio y el sentimiento de preocupación constante⁵.

Con esta información se refuerza la maniobra de unión (relación médico-paciente-familia), se brinda el espacio para la facilitación de expresión de sentimientos, se da oportunidad a la paciente de revelar sentimientos de tristeza y preocupación por su familiar y se clarifica la crisis no normativa por la cual está pasando la familia.

Durante la entrevista se dio espacio para despejar dudas y el tiempo necesario para facilitar la expresión de sentimientos. Se realiza la negociación del contrato terapéutico donde se retroalimenta a la paciente sobre los problemas detectados, la importancia y la relación con el padecimiento actual, y en este caso en particular cómo

Figura 1. Familiograma psicodinámico (adaptada de McGoldrick, et al., 2000⁴).

el problema de un integrante de la familia afecta a todo el sistema familiar. Se discuten las responsabilidades de la paciente y del médico familiar. La paciente se compromete a iniciar tratamiento para el SII, acudir a nutrición y realizar una cita de seguimiento en una semana para valorar la evolución del cuadro clínico y los sentimientos de tristeza y preocupación expresados por la paciente; el médico familiar se compromete a dar seguimiento, apoyo y expresión emocional constructiva. Al terminar la consulta la paciente se percibe y comunica que se siente más tranquila. Se inicia tratamiento sintomático con antiespasmódicos⁶ y se da referencia a nutrición⁷ para iniciar dieta baja en FODMAPS. Se solicitó biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina y prueba de embarazo como parte de una revisión general.

La paciente acude a la cita acordada para valorar la evolución. Refiere mejoría en los síntomas de intestino irritable, así como en el insomnio de inicio relacionado a buen apego al tratamiento médico y nutricional. Los resultados de laboratorio se encuentran

dentro de parámetros normales. Además menciona resolución del problema legal que tenía su familiar.

Se da educación sobre su enfermedad y reforzamiento positivo para incitar la continuación del tratamiento y prevenir así nuevas agudizaciones del SII, normalización al explicar que era esperado que se preocupara por su familiar y se refuerza la clarificación de la crisis no normativa.

DISCUSIÓN

El SII es una enfermedad crónica multifactorial caracterizada por trastornos de la motilidad intestinal en ausencia de alteraciones estructurales⁸. El cuadro clínico se caracteriza por dolor abdominal recurrente asociado a cambios en el patrón evacuatorio, ya sea estreñimiento, diarrea o a una combinación de ambas, con un examen físico normal⁹.

Es un trastorno muy común en la práctica del médico familiar. La prevalencia de SII reportada en México va de un 4.4 hasta un 35%^{10,11}.

La bibliografía refiere que el SII esta asociado al estrés en un 79%, depresión en un

Figura 2. Habilidades del médico familiar para el trabajo con familias.

71% y ansiedad en un 73%. Se reconoce la disfunción familiar y la falta de recursos sociales como factores de riesgo¹¹.

La práctica del médico familiar se lleva a cabo en su mayoría en el primer nivel de atención mediante la entrevista clínica individual. Una de las características más relevantes del médico familiar es que piensa de manera sistémica, es decir, cada paciente que acude a consultar pertenece a una familia (sistema) y dicha familia puede ser el origen de satisfacciones, estrés o preocupaciones, entre otros, que pueden repercutir en la salud y el bienestar del paciente.

Otra de las características que distingue al médico familiar de otros especialistas son las habilidades que posee. Estas habilidades se dividen en conceptuales, perceptuales y ejecutivas, las cuales ayudan al médico de familia a brindar atención médica con un enfoque biopsicosocial a cada uno de sus pacientes y sus familias (Fig. 2):

- Habilidades conceptuales. Se logran por medio del conocimiento de la teoría general de sistemas, teoría de la comunicación humana, teoría del desarrollo individual y familiar entre otras^{12,13}.
- Habilidades perceptuales. Por medio de la percepción el médico familiar da significado a la información que recibe mediante los sentidos, tomando en cuenta los conceptos teóricos previamente aprendidos mediante la práctica clínica con pacientes y sus familias^{12,13}. Nos ayudan a identificar

alianzas, coaliciones, secuencias de interacción, comunicación, líneas de jerarquía y etapa del desarrollo familiar¹⁴.

- Habilidades ejecutivas. Es llevar a la práctica clínica las habilidades previas. Estas son:

- Maniobra de unión: establecer una relación médico-paciente-familia^{12,13}.
- Educación: transmisión de conocimientos a una persona para que esta adquiera una determinada formación¹⁶. En medicina familiar se enfoca a dar la información necesaria y exclusiva al paciente y/o su familia sobre el padecimiento respetando las variables estructurales de la familia y siendo congruente con los límites¹².
- Guías anticipadas: es un tipo de información específica basado en el conocimiento de las etapas del desarrollo familiar e individual, enfocado en preparar a la familia para situaciones potenciales de estrés asociadas a estas. Tiene como objetivo facilitar la adaptación y disminuir el estrés del paciente y su familia antes de que ocurra un evento en particular¹⁴.
- Facilitación: es la habilidad del médico para ayudar a la familia a lidiar con la crisis, ya sea normativa o no normativa, explorando diferentes alternativas de comunicación y solución de problemas¹²⁻¹⁴. Algunas de las técnicas que se utilizan son:
 - Normalización. Quitar el estigma de anormal¹⁴.
 - Clarificación. Proceso en el cual el médico familiar describe en términos entendibles como el estadio de desarrollo familiar y su forma de funcionar influyen o provocan el síntoma y/o la enfermedad¹².

- Sugerencia específica. Deben ayudar a la familia a desarrollar sus propias soluciones en lugar de dar las respuestas. Pueden ser educativas, conductuales o emocionales^{12,13}. La meta es promover los mecanismos de defensa de la familia, fuerza y recursos¹⁴.
- Reetiquetamiento. Proceso por el cual se le adjudica una característica positiva a una acción o persona que la familia ve como negativa con el fin de facilitar el cambio¹⁴.
- Intervención en crisis: técnicas que se llevan a cabo con el objetivo de prevenir reacciones psicológicas adversas a una experiencia traumática y proporcionar apoyo para que recuperen lo antes posible su equilibrio psicológico^{12,13}.
- Referencia: se da cuando es necesaria otra opinión, evaluación o tratamiento especializado, pero el médico familiar continúa a cargo de la atención^{12,13}.

Para lograr una buena intervención biopsicosocial es necesario tener buenas bases teóricas (habilidades conceptuales) sobre la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y la teoría del desarrollo individual y familiar, por mencionar algunas; habilidades perceptuales para lograr identificar la estructura familiar, subsistemas, alianzas, dinámica y funcionalidad familiar, etc., y habilidades ejecutivas que ayuden a analizar la información recabada, elaborar diagnósticos e intervenciones que faciliten la catarsis, disminución de estrés y comprensión del evento estresante como generador de síntomas, lo cual previene al paciente de recurrir a tratamientos peligrosos y/o innecesarios.

En este caso la detección de un evento estresante como generador de estrés y agravante del SII que ya padecía la paciente marcó la pauta para iniciar una intervención biopsicosocial mediante la realización del familiograma, el cual es una herramienta

que nos permite evaluar a la familia por medio de la recolección de datos para ser integrados a la historia biomédica y la historia psicosocial del paciente y su familia¹⁶.

En el caso presentado, mediante la maniobra de unión se estableció un compromiso entre el médico familiar y la paciente, donde el médico se comprometió a iniciar un abordaje integral y dar continuidad al caso, mientras la paciente se comprometió a seguir las recomendaciones médicas.

Gracias a la aplicación de las habilidades del médico familiar se identificó el evento estresante como agravante de la enfermedad, se logró educar a la paciente sobre el padecimiento actual y su relación con el evento estresante, se facilitó la catarsis, se clarificó el evento estresante por el cual estaba atravesando la familia y se normalizaron los sentimientos de tristeza y preocupación por parte de la paciente. Todo esto propició el alivio de la sintomatología, no tanto por el tratamiento farmacológico sino por la intervención psicosocial del médico familiar.

DEFINICIONES

- Maniobra de unión: habilidad para establecer una relación médico-paciente-familia^{12,13}.
- Facilitación de expresión de sentimientos: habilidad del médico para ayudar a la familia a lidiar con la crisis, ya sea normativa o no normativa, explorando diferentes alternativas de comunicación y solución de problemas¹²⁻¹⁴.
- Clarificación: proceso en el cual el médico familiar describe en términos entendibles cómo el estadio de desarrollo familiar y su forma de funcionar influyen o provocan el síntoma y/o la enfermedad¹².
- Crisis no normativa: ruptura temporal del equilibrio por una situación abrumadora que la familia no es capaz de superar con sus recursos habituales, no son esperados. Se dividen en cambio de estatus, de pérdida, de adición y desmoralización¹².

- Contrato terapéutico: especifica los alcances de la responsabilidad de pacientes y sus familias. Es útil para promover la corresponsabilidad y proactividad¹².
- Reforzamiento positivo: es un estímulo (evento, conducta u objeto) que se da ante una conducta determinada que da lugar a un aumento o mantenimiento de esta¹⁷.
- Normalización: quitar el estigma de anormal¹⁴.

FINANCIAMIENTO

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses alguno.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodiño-Janeiro BK, Vicario M, Alonso-Cotner C, Pascua-García R, Santos J. A review of microbiota and irritable bowel syndrome: Future in therapies. *Adv Ther*. 2018;35(3):289-310.
2. Marsh A, Eslick E, Eslick G. Does a diet low in fodmaps reduce symptoms associated with functional gastrointestinal disorders? A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Eur J Nutrition*. 2015;55(3):897-906.
3. Hellström P, Benno P. The Rome IV: Irritable bowel syndrome - A functional disorder. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2019;40-41:101634.
4. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. 3^{ra} ed. Barcelona: Gedisa; 2000.
5. Garza-Elizondo T, Ramírez-Aranda J, Gutiérrez Herrera R. Relación de colaboración médico-paciente-familia. *Arch Med Fam*. 2006;8(2):57-62.
6. Martínez-Vázquez M, Vázquez-Elizondo G, González-González J, Gutiérrez-Udave R, Maldonado-Garza H, Bosques-Padilla F. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of irritable bowel syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Rev Gastroenterol Mex*. 2012;77(2):82-90.
7. Hadjivasilis A, Tsiotis C, Michalinos A, Ntourakis D, Christodoulou DK, Agouridis AP. New insights into irritable bowel syndrome: from pathophysiology to treatment. *Ann Gastroenterol*. 2019;32(6):554-64.
8. Ford A, Lacy B, Talley N. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med*. 2017;376(26):2566-78.
9. Schmulson M, Valenzuela J, Alvarado J, Cohen H, Damiao A, Francisconi C, et al. Consenso latinoamericano sobre el síndrome del intestino irritable: algoritmo de diagnóstico y tratamiento. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27(10):635.
10. Card T, Canavan C, West J. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol*. 2014;6:71-80.
11. Cárdenas Díaz S, Díaz Caballero A, Arrieta Vergara KM. Factores psicosociales, sociodemográficos, culturales y familiares asociados a síndrome de intestino irritable. *Rev Clin Med Fam*. 2010;3(2):78-82.
12. Garza-Elizondo T, Gutiérrez Herrera RF. Capítulo ¿Medicina familiar? En: Trabajo con Familias: Abordaje Médico integral. México DF: Manual Moderno; 2015. pp 1-5.
13. Gutiérrez Herrera RF, Ordóñez Azuara Y, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda JM, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Rev Méd La Paz*. 2019;25(1):58-67.
14. Christie-Seely J. Working with families in primary care: A systems approach to health and illness. 1st ed. New York: Praeger; 1984.
15. Educación | Definición de Educación [Internet]. Oxford Dictionaries en Lexico.com. Disponible en: <https://www.lexico.com/es/definicion/educacion>
16. Rebelo L. Genograma familiar. O bisturi do médico de família. *Rev Port Clin Geral*. 2007;23:309-17.
17. Reyes Pérez V. Intervención cognitivo conductual en un varón adulto con trastorno de pánico [Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Terapia Cognitivo Conductual]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú; 2020.