

Eficacia de la técnica refleja Chapman para el estreñimiento crónico en pacientes ancianos.

Estudio experimental.

Autor: M^a Ángeles GIL FERNÁNDEZ

Barcelona, 19/10/2013

Tutor del proyecto: Fermín LÓPEZ GIL D.O, MSc, MROE

Número de palabras: 11.062

ÍNDICE

Contenidos	Páginas
Página de título	I
Agradecimientos	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Introducción	1
Bases fisiológicas intestinales	6
Explicación del funcionamiento de la técnica de Chapman	11
Material y método	13
Planificación de la investigación	17
Resultados	21
Discusión	28
Conclusiones	32
Bibliografía	34
Anexos	40

ÍNDICE DE FIGURAS. **Páginas**

Figura 1.	Porcentaje de eficiencia diaria de la técnica de Chapman.	21
Figura 2.	Evolución semanal del número total de deposiciones de hombres y mujeres.	23
Figura3.	Evolución semanal del número medio de deposiciones de las personas según su edad.	25
Figura 4.	Evolución semanal del número medio de deposiciones de las personas según su clasificación del Índice de Masa Corporal.	25
Figura 5.	Influencia en la eficacia del tratamiento en pacientes con demencia o ausencia de la misma.	26
Figura 6.	Evolución semanal del número medio de deposiciones de las personas que toman medicamentos que estriñen y que no toman medicamentos que estriñen	27

INDICE DE TABLAS. **Páginas**

Tabla 1.	Registro para la recogida de datos de los Puntos Intestinales de Chapman.	42
Tabla 2.	Tabla recogida de datos de la defecación de los pacientes tratados.	45

REPRESENTACIONES. **Páginas**

Dibujo 1.	Representación gráfica de la localización de los 8 puntos intestinales de Chapman que vamos a utilizar para la aplicación de la técnica. Diseñada para este estudio.	43
------------------	---	-----------

AGRADECIMIENTOS

Mi reconocimiento al equipo médico de la Residencia de Ancianos “La Maison du Soleil”, en Paris, por su colaboración, su tiempo y confianza plena en el desarrollo de este proyecto.

Mi estima a Fermín López Gil, Osteópata D.O, MSc, MROE, tutor de esta tesina, por su apoyo y ánimo desde el primer momento. Por su tiempo, sus explicaciones y críticas más que constructivas, no sólo en el transcurso de este trabajo, sino a lo largo de toda mi formación en Osteopatía y una vez terminada ésta, por su ayuda incondicional en todo momento.

Gracias a Leo Fabre (fisioterapeuta y Osteópata D.O), el profesor que durante mis primeros años de acercamiento a la salud, con su motivación y manera de trabajar con la globalidad del paciente, me descubrió técnicas alternativas de tratamiento, entre las que se encontraba la Técnica Refleja de Chapman, y las cuales cautivaron mi atención y despertaron algo especial en mi interior.

He de agradecer la ayuda de Juan García García, por sus explicaciones y tiempo dedicado en la creación de las bases de datos y todo el material concerniente a las estadísticas.

RESUMEN:

A través de un estudio experimental en una residencia de ancianos de París, nos proponemos valorar la eficacia de la terapia refleja de Chapman.

La técnica se aplica en 8 puntos intestinales a 20 pacientes, entre 80 y 100 años, con estreñimiento crónico y tratamiento diario con laxantes.

El tratamiento se realiza durante un mes y es protocolarizado a razón de tres sesiones por semana, las primeras dos semanas, y una sesión por semana, las dos siguientes semanas.

A través de esta terapia manual, pretendemos estimular la motilidad natural intestinal provocando la defecación espontánea, a fin de disminuir el estreñimiento, la toma de laxantes y todos sus efectos secundarios. Y de esta manera colaborar, a través de la osteopatía, a mejorar la calidad de vida de los pacientes ancianos.

Tras contabilizar las deposiciones fecales medias en los pacientes sometidos el estudio, obtenemos una eficacia del 91'9% los días que realizamos la técnica y del 73'5% los días inter-sesión.

La eficacia de la técnica refleja de Chapman es independiente de la edad, el sexo, el IMC, la presencia de demencia o la ausencia de la misma y la toma o no de medicamentos que tiendan a estreñir, de los pacientes estudiados.

Palabras clave:

Estreñimiento. Chapman. Eficacia.

ABSTRACT

Through an experimental study in a senior residence in Paris, we suggest to value the usefulness of the Chapman's therapy.

The technique has been used on 8 intestinal points and has been tested on 20 patients between 80 and 100 years, who had chronic constipation and laxative daily treatment.

The experience has been realized for one month with a procedure describe as follow: Three sessions per week for the first two weeks and one session per week for the last 2 weeks.

Through this manual therapy, we expect stimulate the natural intestinal function in order to reach a spontaneous defecation to reduce constipation, taking less laxatives and not suffer of all collateral effects. By this way and though osteopathy, we expect improve life quality of those senior patients.

After getting all reactions regarding this technique to all patients subject to this experience, we obtain a high positive result as 91,9% of them has been satisfied the day we used Chapman's therapy and 73,5% during inter session day.

The effectiveness of Chapman's techniques on this patient scope is independent to age, sex, BMI, dementia presence or not, the fact of taking drug or no helping to not being constipated.

Keywords:

Constipation. Chapman. Effectiveness.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición es frecuente en las personas mayores (mayores de 70 años) y provoca una serie de alteraciones que llevan al sujeto a la llamada “espiral de desnutrición”.

Esta se caracteriza por una pérdida de masa muscular provocando debilidad y como consecuencia, una disminución en su movilidad y con esto un mayor riesgo de caídas.

Por la misma razón, se ve disminuida la motricidad digestiva y su eficacia, las defensas inmunitarias también decaen y se produce deshidratación.

A nivel psicológico sufren astenia, apatía, pérdida de esperanza de recuperarse, disminución en las ganas de vivir, estados depresivos, confusión...

Todo ello crea una disminución en su autonomía y una alteración del estado general que da lugar a un círculo vicioso en el que todas las características anteriores van en aumento. (1)

En las personas mayores el estreñimiento causa aparte de esta debilidad muscular, un estrechamiento de las paredes intestinales, con su consecuente afección del plexo de Meissner, y vasos esclerosados locales. Al igual que una mucosa atrofiada y por tanto alteraciones en el plexo de Auerbach. Estos cambios en los plexos nerviosos alteran su funcionamiento. (2)

Ya por los años 1900 se escribieron libros en los que se destacaban las consecuencias negativas en pacientes con estreñimiento crónico, tales como elongaciones en el intestino, flacidez, dilatación, retraso de los movimientos peristálticos entre órganos e inflamación. Y éstas, a su vez, aumentaban el riesgo de almacenamiento de heces y restrinimiento.

Como consecuencia de las dilataciones y la atrofia de las paredes del intestino existen una serie de cambios químicos y bacteriológicos que disminuyen la vitalidad de los tejidos del sistema digestivo y del cuerpo en general; como una autointoxicación que provoca cambios en la mucosa y crea infecciones, pudiendo incluso ulcerarse o cancerarse. (3)

Esta flacidez intestinal, asociada a las dilataciones y al cúmulo de heces, provoca igualmente que diferentes grupos bacterianos aumenten en número, principalmente el Estreptococo y la Escherichia Coli. En condiciones normales existen numerosas bacterias en el colon que utilizan una parte de los residuos alimentarios no digeribles y segregan al organismo Vitamina B 12, necesaria para la absorción de nutrientes y Vitamina K,⁽⁴⁾ requerida sobretodo en procesos de coagulación de la sangre. Éstas son necesarias para el organismo y si no existen habrá problemas de anemia macrocitaria, la cual a su vez provoca: astenia, adelgazamiento, edemas y trastornos digestivos importantes. Una gran parte de estas bacterias son eliminadas con las materias fecales (80% de su peso seco) ⁽⁵⁾, pero al haber estreñimiento, se acumulan en el sistema digestivo con las heces y en altas cantidades, aumentan sus deshechos en el cuerpo y le provocan infecciones.

A largo plazo, provocan cambios celulares en hígado, riñones, páncreas,... y enfermedades tipo reumatismos, fibrosis, artritis, colitis ulcerosa, anemia perniciosa, arteritis...

En un estudio reciente en pacientes con Parkinson también se ha demostrado como las bacterias intestinales contribuyen en la fisiopatología de la motricidad al causar infecciones. En el estudio, la prevalencia de fluctuaciones motoras del intestino se demuestra que son mayores en estos pacientes comparadas a otros sin infecciones bacterianas. ⁽⁶⁾

Por estas razones, es básico erradicar el estreñimiento y disminuir los residuos que producen inflamación e infecciones. ⁽⁷⁾

Evidentemente el sistema inmune de los 400 metros cuadrados de la mucosa intestinal se verá alterado dejando de ser selectiva y alterándose la barrera intestinal.

Esta función recae principalmente en el tejido linfoide asociado al intestino, en las placas de Peyer y en los ganglios linfáticos mesentéricos ⁽⁸⁾, a través de diferentes mecanismos en los que no vamos a especificar por no ser objeto del estudio. Pero tenemos que destacar que se encuentra en esta zona la mayoría de células productoras de inmunoglobulinas del organismo (80%). De hecho se demostró en un estudio con ratones que no tenían flora intestinal porque se habían

criado en cámaras de aislamiento completamente estériles, que estos presentaban todo tipo de problemas inmunitarios: linfopenia, malformación y falta de desarrollo de las estructuras linfáticas, función inmunitaria comprometida... y la introducción de bacterias controlada produjo una normalización de su sistema inmunitario (9).

Segregan tres tipos de linfocitos específicos que intervienen en el mecanismo de exclusión inmune, en fenómenos de homeostasis inmunológica y en la inhibición de respuestas de hipersensibilidad contra antígenos inofensivos. Su afección dará lugar a la aparición de atrofia del epitelio de las vellosidades intestinales aumentando las reacciones de hipersensibilidad del intestino, con la consecuente inflamación intestinal (10).

Indirectamente, el tiroides se ve afectado, por su estrecha relación con el hígado (11). El exceso de toxinas en hígado provoca hiperplasia o disfunciones tiroideas. Ya en 1913 Major Mc Carrison publicó un estudio (del que desconozco el título) en Milrey Lectures en el que decía que el tiroides volvía a su medida natural al eliminar con un antiséptico como “THYMOL” las infecciones intestinales debidas al consumo de aguas envenenadas de bacterias. E incluso en 1912, W.A. Lane publicaba en la revista Lancet, los resultados de un estudio (del que tampoco encontré el título) en el que el tamaño aumentado del tiroides de pacientes con estreñimiento crónico volvía a su estado natural tras eliminar este éxtasis intestinal. (12)

En estudios de casos mas recientes también observamos esa relación íntima entre hígado y tiroides por sus “estrechos lazos fisiológicos y por tanto patológicos”(13).

Desde hace 6 años trabajo en una residencia de ancianos en París y observé la incidencia elevada de estreñimiento que presenta esta población. Entre un 75-80% de los residentes sufren este problema y están atados a un consumo crónico y diario de laxantes. Atendiendo a todas las consecuencias, que hemos visto anteriormente, que tiene el estreñimiento crónico en el organismo, me planteé un estudio más profundo de este problema.

Tras consultar en internet, por curiosidad, los efectos secundarios de éstos me sorprendieron dos puntos.

El primero, fue ver que con su toma crónica, se disminuyen aún más los movimientos peristálticos intestinales (creando por tanto a largo plazo más estreñimiento y dependencia farmacológica del sistema digestivo). Esto ocurre pues el abuso de laxantes tipo estimulantes provoca un deterioro en el funcionamiento del intestino. Producen una debilidad y deterioro permanente intestinal.

Y en segundo lugar, que provocan frecuentemente deshidratación. Esto es debido a que los laxantes tienden a recoger el máximo de agua de los intestinos, impidiendo que ésta pueda ser reabsorbida y provocando perturbaciones en el funcionamiento del organismo. (14);

El problema de deshidratación ya es conocido entre la población anciana de manera natural y con los laxantes potenciamos que se desarrolle este problema. Además, al aumentar la deshidratación aún se dificulta más la expulsión de las heces.

Para poder corroborar esta información, cotejé en la base de datos oficial medicamentosa francesa llamada www.VIDAL.fr y en la española www.VADEMECUM.es, el mecanismo de acción de los laxantes que utilizan con los pacientes de la residencia:

- Aceite de ricino. (Laxante estimulante). En este caso podemos leer que provoca un “*estímulo de la liberación de agua impidiendo su reabsorción*” (tendencia a la deshidratación) y crea “*dependencia física*” (15), sin una explicación mayor de porqué la causa, que podría justificar la disminución de los movimientos peristálticos, pero sin una referencia clara.

- Macrogol. (Laxante osmótico) “*(...) retiene moléculas de agua (...)*” y se debe “*complementar con mayor ingesta de líquidos*” (16), lo cual nos confirma de nuevo lo de la posible deshidratación.

De esta manera, en los prospectos de los medicamentos en cuestión, encontramos la referencia de la posible deshidratación, pero muy poco o nada realmente claro sobre la pérdida de motilidad intestinal.

En cambio, al contrastarlo con la bibliografía:

- Encontramos un libro escrito por Monés Xiol, J., médico especialista en enfermedades digestivas. Dice así: “*Consumo crónico de laxantes. Aunque parezca paradójico la toma crónica poco a poco provoca disminución en la movilidad del*

colon y, con ello, un empeoramiento del estreñimiento. Cada vez necesitan dosis más altas de laxante y se establece un círculo vicioso”. (17)

- También se refleja en el libro “Recetas Nutritivas que Curan“ de la siguiente manera. *“El uso habitual y prolongado de laxantes puede deteriorar las células nerviosas de la pared del colon: Cuando esto ocurre, la consecuencia inevitable es el estreñimiento”.* (18)

- Incluso hacia el 1912 ya había referencias hacia este tema donde se decía que una irritación prolongada de laxantes también provoca una disminución en la excitabilidad de la mucosa del intestino. (19)

Esto lo encontramos también en diferentes estudios científicos. Todos ellos hacen referencia a la pérdida de motilidad intestinal debido al abuso crónico de laxantes, provocando daños en las fibras nerviosas del plexo entérico. (20)

Todo esta información vuelve a confirmarnos la importancia de la defecación.

Entonces surgió mi duda de cómo poder ayudar a estos pacientes con técnicas manuales que estimularan estos plexos nerviosos naturalmente, para poder quizás disminuir las consecuencias secundarias al estreñimiento y la toma de laxantes cotidiana. Si consiguiésemos estimular los movimientos reflejos intestinales naturales que facilitan la defecación y disminuir el problema importante de la deshidratación y de la hipomotilidad intestinal, sería de gran ayuda.

Recurrí a indagar más a fondo la técnica refleja de Chapman, la cual utilizaba esporádicamente como apoyo en el tratamiento con pacientes (entre 30 y 55 años) que en la consulta llegaban con problemas de estreñimiento, con los que tenía resultados positivos y teniendo en cuenta que no es una técnica nada intrusiva, me pareció interesante considerarla.

Entonces pensé que era buena idea evaluar, a través de un estudio experimental, la eficacia de la Técnica Refleja de Chapman en pacientes ancianos con problemas de estreñimiento.

Decidimos hacer este tipo de estudio pues a nivel bibliográfico encontramos principalmente la teoría de cómo se realiza y en qué se basa la técnica desarrollada por el doctor F. Chapman (D.O). Tomamos como referencia el libro escrito por

Owens C. (D.O), ayudado por la mujer del Dr. Chapman F. “An Endocrine Interpretation of Chapman’s Reflexes”. Al indagar en lo escrito, vemos que la técnica es utilizada para el diagnóstico diferencial osteopático de las disfunciones viscerales y como uso terapéutico para las mismas y para manipular el movimiento de fluidos, en su mayor parte, linfa.

“Las investigaciones acerca de la eficacia del tratamiento de los reflejos de Chapman han sido limitadas por el momento.” Encontramos una referencia de “un estudio de pacientes hipertensos en quienes se trataron los puntos posteriores suprarrenales señalaron una caída de la presión arterial (...), así como un descenso de los niveles séricos de aldosterona 36 horas después del tratamiento de Chapman”(21)

También vemos alguna publicación de la American Osteopathic Association con referencia al diagnóstico a través de los puntos reflejos de Chapman para el dolor pélvico en adolescentes (22) y una comunicación para problemas de la función respiratoria (23).

Bases fisiológicas intestinales.

El **intestino delgado** está formado por cuatro capas:

- Una serosa, peritoneal.
- Una muscular con fibras longitudinales en la superficie y fibras circulares profundas. Entre ellas se encuentra el plexo mientérico de Meissner.
- Una submucosa, laxa, contiene el plexo de Auerbach.
- Una mucosa profunda, que se caracteriza por tener vellosidades, repliegues circulares y las llamadas placas de Peyer, que son folículos linfoides.

Estas paredes se encargan de la digestión y de la absorción de nutrientes, para lo cual necesita una serie de movimientos que mezclen los alimentos y los hagan avanzar a través del intestino.

Estos movimientos se producen en las paredes musculares del intestino. Los hay de varios tipos: los no propulsores, las segmentaciones rítmicas y los movimientos pendulares, se encargan del mezclado y de asegurar el contacto íntimo

de los alimentos con la superficie absorbente; y luego tenemos los movimientos en forma de ondas propulsoras de lo ingerido y son los que llamamos “peristálticos”.

Estos últimos empiezan unas cuatro horas después de la comida y duran aproximadamente diez horas en el intestino delgado. (24)

Son músculos lisos y se empiezan a contraer espontáneamente gracias a zonas de automatismo comparables a los del músculo cardiaco. La amplitud de sus contracciones así como su frecuencia puede ser modulada para optimizar la digestión. (25)

La inervación parasimpática del intestino delgado recae sobre la responsabilidad del nervio vago. La estimulación parasimpática aumenta la motilidad del intestino y su secreción.

Las fibras que se encargan de su inervación simpática dependen del plexo mesentérico superior. La estimulación simpática reduce la motilidad y las secreciones intestinales y actúa como vasoconstrictora, disminuye o detiene la digestión.

“La regulación del peristaltismo parece ser llevada a cabo por el plexo mesentérico superior, por unos filetes nerviosos nacidos en los ganglios semilunares, aórtico-renales y mesentéricos superiores. Los nervios responsables parecen incluir fibras colinérgicas excitatorias y fibras inhibitorias.

El mecanismo de control explica el peristaltismo, pero no la segmentación. No hay explicación satisfactoria para saber de qué manera el sistema control funciona y puede causar este patrón de contracción”. (26)

Los movimientos peristálticos del intestino delgado constan de dos fases:

Primero tiene lugar la fase excitatoria proximal, en la que el músculo circular se acorta y el longitudinal se relaja.

Acto seguido, se da la fase de inhibición distal, ocurriendo justo lo contrario y asegurando el avance de los alimentos siempre en el mismo sentido e independientemente de la posición del cuerpo.

Para que esto se pueda producir y haya una buena mediación neural es necesario un descenso de calcio y un aumento de magnesio.

La regulación de la motilidad en el intestino delgado está muy relacionada con la inervación extrínseca.

La inervación intrínseca modula la duración de la propulsión de las ondas, su frecuencia y amplitud. (27)

El **intestino grueso** está constituido por 4 capas parecidas a las del intestino delgado y al igual, existen movimientos mezcladores y movimientos de propulsión en masa, pero estas últimas no se parecen a las peristálticas del intestino delgado.

En este caso, son “movimientos en masa” que empujan la masa fecal hacia su expulsión, pero sólo ocurren unas cuantas veces al día y su duración es de unos dos o tres minutos. A menudo se producen durante o después de las comidas y es a lo que llamamos “reflejo gastrocólico o duodenocólico”. *“La repleción de duodeno (o del estómago) provoca un reflejo cuyo efecto es aumentar mucho la excitabilidad del colon”*. (28) haciendo avanzar la masa fecal.

La distensión rectal dispara el reflejo rectoanal inhibitor, además de la percepción consciente de la necesidad defecatoria. El reflejo rectoanal inhibitor determina la relajación del esfínter anal interno, y simultáneamente la contracción refleja del esfínter anal externo que dura aproximadamente un minuto. A partir de este momento, si la persona tiene control de sus funciones superiores, voluntariamente decidirá ir al baño y defecar relajando el esfínter externo (de control voluntario).

La inervación proviene de dos ramas parasimpáticas distintas. El ciego, el colon ascendente y la mitad derecha del colon transversal son inervados por el vago, mientras que la parte izquierda del colon transversal, el sigmoideo, el recto y la ampolla anal son inervados por los nervios pélvicos sacros.

La inervación simpática procede, en la primera porción del intestino grueso, del ganglio mesentérico inferior y en la región inferior, del plexo hipogástrico inferior.

La estimulación simpática provoca una inhibición en los movimientos del colon, mientras que la parasimpática vagal provoca contracciones segmentarias de la región proximal del colon y la parasimpática pélvica ocasiona movimientos de expulsión y contracción en algunos segmentos del colon.

Los movimientos en masa del colon son regulados por el Sistema Nervioso Entérico, del que vamos a hablar a continuación, y pueden ser modulados a su vez por el Sistema Nervioso Central (SNC) y por la función endocrina. (29)

Podríamos decir que la vía nerviosa distingue “reflejos cortos”, que sólo utilizan las fibras nerviosas intrínsecas del Sistema Nervioso Entérico (SNE) y los “reflejos largos”, que hacen partícipes al Sistema Nervioso Simpático (SNS) y Sistema Nervioso Parasimpático (SNP). En un experimento en animales se comprobó que puede existir una motilidad “residual” del recto tras bloquear la transmisión simpática y parasimpática, lo cual nos indica una cierta independencia del sistema nervioso de Meissner, que es capaz de contraerse, pero no con la misma intensidad ni capacidad que cuando trabaja de manera coordinada con el SNS y SNP.(30)

El SNE se localiza en todo el sistema digestivo desde el inicio del esófago hasta el esfínter anal interno. Incluso parece estar presente en elementos nerviosos del páncreas, vesícula biliar y conductos biliares.

El SNE consiste en:

- Neuronas entéricas ligadas al interior de las paredes intestinales aunque incluye algunos axones que se proyectan al exterior.
- Terminaciones del sistema nervioso simpático y parasimpático.
- Células de la glía. Tienen funciones tróficas y defensivas hacia las neuronas entéricas, parecen ser una unión entre la función nerviosa y el sistema inmune. Por tanto, si su integridad celular sufre, también conllevará a disfunciones intestinales.

Embriológicamente el SNE (glía y nervios) derivan de la cresta neural, principalmente a partir de precursores de la parte de la cresta vagal, que coloniza toda la región gastrointestinal. La cresta sacra coloniza sólo a partir de la parte post-umbilical del intestino.

Entre ellas habrá dos tipos de conexiones sinápticas: entre dos ganglios y no ganglónicas, en las que el axón conecta directamente con las células de la glía (31).

Por tanto el SNE se considera un sistema complejo. Puede llevar a cabo un control sofisticado intestinal, a nivel local, en ausencia de impulsos cerebrales o espinales.

En consecuencia, el SNE queda como delegado del control local, pero el cerebro conserva la opción de cambiar la actividad final.

El SNE contiene todo tipo de neurotransmisores del SNC, muchos tipos de neuronas de los ganglios periféricos diferentes e incluso neuronas del tipo de la médula espinal.

El SNE envía información a los ganglios paravertebrales y puede modular así el “input” recibido del SNC. Este mecanismo es capaz de codificar la información entérica, desarrollar una respuesta correcta y adaptada y volver a hacer sinapsis con las neuronas entéricas.

Pese a los diversos estudios actuales y a los que siguen llevándose a cabo, tenemos todavía muy poco conocimiento respecto al funcionamiento, potencial y diversas funciones que el SNE es capaz de desempeñar.

Al estar compuesto por diferentes tipos neuronales, sus funciones pueden ser múltiples. Se considera esencial una buena información de las neuronas de la submucosa intestinal para el buen funcionamiento secretor y para la motilidad peristáltica. Un fallo en ella, o en alguna de las sinapsis necesarias o una respuesta errónea y creará problemas en la motilidad.

Esto pasa con la obstrucción crónica, que da fallos en los ganglios entéricos y por tanto el sistema no puede funcionar de manera adecuada; aunque por desconocimiento hasta hoy, estos fallos se suelen asociar a disfunciones por causa idiopática. (32)

La vía hormonal se centra en diferentes células endocrinas aisladas repartidas por el intestino y asociadas a quimiorreceptores. La célula que sea estimulada produce la hormona para la cual está programada y a través de la circulación estimulará las glándulas exocrinas intestinales, que darán lugar a la saliva, secreciones pancreáticas, bilis, etc.

Cuando el alimento entra en la boca, una serie de mecano y quimio-receptores desencadenan las respuestas exocrinas y los movimientos intestinales. (33)

Descripción del funcionamiento de la Técnica de Chapman.

Puesto que toda patología o disfunción provoca reflejos en diferentes partes de tejidos del organismo, como los puntos miofasciales de Travell's, o el segmento facilitado de Korr, también ocurre con los puntos reflejos de Chapman. En este caso, los puntos son reflejos neurolinfáticos que se utilizan para el diagnóstico, para influir en el movimiento de los fluidos (sobretudo linfático en este caso) y para mediar en la función visceral a través del sistema nervioso. (34)

“Los reflejos neuro-linfáticos de Chapman, aunque están en relación con el flujo linfático, no son los vasos o nodos linfáticos. Son puntos reflejos que producen cambios en el flujo linfático. Estos cambios se efectúan a través de los nervios simpático y espinal.” (35)

La contribución diagnóstica y terapéutica que hace Chapman no tiene una base teórica demostrada, sino que está basada en la práctica y observación durante muchos años en la clínica, estudiando y experimentando con una gran variedad y número de casos. (36)

Según Chapman la estimulación de estos órganos neuro-linfáticos receptores hace que aumente o disminuya el drenaje efectuado por los vasos de estos tejidos, permitiendo que aumente o se reduzca el flujo linfático y afectando así al drenaje de todo el sistema linfático de esa zona. No es el flujo de la linfa lo que provoca el cambio, sino la estimulación, a través de estos puntos, de un sistema de comunicación que desbloquean y permite que el cuerpo se comunique mejor consigo mismo. (37)

El nervio intercostal está conectado con el sistema simpático. Un nervio típico está compuesto por fibras de la raíz posterior y en su ganglio confluyen las fibras de la raíz anterior. En la médula espinal sinaptan las dos y salen a través de cada vértebra por el foramen intervertebral compartiendo la misma vaina que las protege. Entonces se dividen. La parte posterior primaria va hacia la parte media y lateral cutánea y al músculo longitudinal posterior de la espalda. La división primaria anterior rodea el tórax, como el nervio intercostal, y comunica con el ganglio simpático que se localiza en la parte anterolateral de las vértebras.

En el espacio intercostal, en la capa anterior de la fascia intercostal encontramos el tejido linfoide que describe el Dr. Chapman. Este tejido es drenado por el grupo anterior de las glándulas linfoides del pectoral en el conducto torácico en la parte izquierda y en la vena yugular en la derecha. Por lo que cuando estimulamos estos elementos linfoides causarán efectos de aferencia y eferencia en los vasos linfáticos permitiendo que los tejidos aumenten o disminuyan su flujo y su drenaje mejorando su función.

Esto ocurre con todos los órganos vitales del organismo. Basándose en esto y a través de la anatomía se describen los diferentes puntos reflejos de Chapman. (38)

De esta manera describe una serie de puntos que forman parte del grupo gastrointestinal:

1. Colon
2. Tiroides
3. Páncreas
4. Duodeno
5. Intestino delgado izquierdo
6. Hígado
7. Intestino delgado derecho (39)

Así pues, surge mi inquietud por evaluar experimentalmente la eficacia del tratamiento únicamente a través de los puntos intestinales reflejos de Chapman en un grupo específico anciano con estreñimiento crónico durante un mes de duración.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este proyecto hemos escogido una muestra de 20 pacientes ancianos entre 80 y 100 años con enlentecimiento evacuatorio intestinal que residen en una misma residencia de ancianos en Paris, “La Maison du Soleil” y que toman laxantes sistemáticamente a diario para poder defecar.

Elegimos veinte pacientes sin patología de base intestinal, sino con estreñimiento secundario a:

- Alteraciones dietéticas con pobre ingesta de fibra y una deficiente ingesta hídrica.
- Sedentarismo, pues es uno de los grandes síndromes geriátricos es la inmovilidad, sobretudo en instituciones de larga estancia, como es el caso de los pacientes de nuestra muestra, que conlleva a la disminución de movimientos peristálticos por lo que se lentifica el tránsito intestinal de las heces. Además, la falta de movilidad física puede conllevar una falta de habilidad para responder al reflejo defecatorio y en el caso de los pacientes de nuestro estudio es así.

No podemos elegir una muestra mayor por varias razones. Primero, para que las variables puedan ser controladas, siendo las mismas muy concretas, y segundo, para poder realizar el tratamiento de manera eficaz y concienzosa a todos los pacientes el mismo día, de nuevo para que no haya diferencia alguna en la aplicación del mismo.

Teniendo en cuenta que entre la valoración y el tratamiento, el tiempo aproximado con cada paciente es de media hora, los días en que aplicamos la técnica, dedicamos unas 10 horas de trabajo en la residencia de ancianos. Además hay que tener presente los horarios fijos en este tipo de institución. Podemos intervenir entre las 8h de la mañana y las 12h. Descansamos hasta las 13h30, pues es su horario de comida, para retomar hasta las 19h30. A esta hora todos los residentes van a cenar y después a dormir. Tenemos que ceñirnos a estos horarios rigurosos al tener un convenio firmado con la residencia de ancianos en el que se nos obliga a adaptarnos a los horarios de los residentes sin poder alterar durante nuestras intervenciones su modo de vida.

Para la elección de los pacientes valoramos con el equipo médico todos los residentes con problemas de estreñimiento y elegimos los 20 con las características descritas anteriormente. Nos ayudamos del programa informático con el que trabajamos (P.S.I. Informatique) y donde están registradas todas las patologías, antecedentes, medicación que toman, etc.

Seguidamente, tras informar las familias de los residentes seleccionados para el estudio, realizamos la firma del “Consentimiento de Práctica” por la parte de todo el equipo médico de la residencia, ya que la mayoría de los pacientes (15/20) tienen problemas de demencia o alteración de las funciones superiores y no están capacitados para firmar el consentimiento informado (anexo 1).

Entonces creamos una tabla para recoger los puntos intestinales activos y no activos, aquellos que vamos a tratar y valoramos si se solucionan una vez hemos aplicado la técnica. (Anexo 2). De esta manera tendremos un control del estado, la evolución y el cambio de los puntos. El cuadro recoge 8 puntos intestinales, los que se encontraban activos, en la mayor parte de los pacientes seleccionados, en una evaluación realizada.

Los siguientes puntos están sacados del libro “An Endocrine Interpretation of Chapman’s Reflexes”. Su numeración ha sido asignada al azar simplemente para facilitar el trabajo durante el estudio. Las imágenes del anexo 3 han sido creadas para este estudio con el mismo fin. Así pues, cada uno representa lo siguiente: (anexo 3).

- 13: TIROIDES.
 - Punto anterior: 2º espacio intercostal cerca del esternón.
 - Punto posterior: Superficie posterior de la apófisis transversa de D2, a mitad de camino entre la transversa y la espinosa. (40)
- 25: ENLENTECIMIENTO HEPÁTICO.
 - PA: 5º espacio intercostal desde la línea mamilar hasta el esternón, a la derecha.
 - PP: Entre las apófisis transversa d D5 y D6, a mitad de camino entre la transversa y la espinosa, a la derecha. (41)
- 26: PANCREAS.
 - PA: 7º espacio intercostal, unión cóndor-costal a la derecha.

- PP: entre las apófisis transversa de D7 y D8, a mitad de camino entre latransversa y la espinosa, a la derecha. (42)
- 28: INTESTINO DELGADO.
 - PA: 8º, 9º y 10º espacio intercostal, cerca del cartílago, a ambos lados.
 - PP: entre las apófisis transversa de D8, D9, D10 y D11, a mitad de camino entre la transversa y la espinosa, bilateral. (43)
- 35: TENSIÓN ABDOMINAL.
 - PA: justo por debajo de la inserción de la arcada femoral, cerca de la sínfisis púbica. (44)
 - PP: extremidad de la apófisis transversa de L2.
- 36: ESTREÑIMIENTO ATÓNICO:
 - PA: a mitad de camino entre la EIPS y el trocánter.
 - PP: superficie de la 11ª costilla en su unión con la apófisis transversa de D11. (45)
- 37: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO.
 - PA: cara anterior y externa del fémur de los dos muslos hasta dos centímetros de la rótula sobre una superficie de 3 a 5 cm de ancha dividida en 1/5 superior, 3/5 medio y 1/5 inferior, entre el tensor de la fascia lata y el cuádriceps anterior.
 - PP: de la apófisis transversa de L2 a la de L4, hasta la cresta iliaca, formando una especie de superficie triangular cuyo vértice está en el iliaco. (46)
- 47: RECTO.
 - PA: del trocánter menos hacia abajo.
 - PP: dentro del sulcus. (47)

A continuación creamos otra tabla para recoger los datos de la presencia o ausencia de defecación, el día del tratamiento y los días consecutivos al mismo, para valorar la huella de la técnica refleja de Chapman. (anexo4)

La secuencia que vamos a realizar en los pacientes será la siguiente:

En primer lugar, valoraremos los puntos anteriores correspondientes intestinales. Aquellos que encontremos “activos”. Éstos se caracterizan por ser una superficie palpable de la fascia profunda, como contracciones gangliformes, contracciones localizadas en los puntos específicos y consecuentemente con una víscera. Tendremos una sensación edematosa a la palpación.

En segundo lugar, trataremos su correspondiente punto posterior y lo haremos únicamente con la técnica refleja de Chapman, para así valorar la eficacia de la técnica.

Realizaremos un contacto con el dedo medio (o índice), firme, aunque suave y mantenido y haremos movimientos rotatorios que parten del brazo y hasta la mano para expresar el contenido fluídico en los tejidos circundantes, hasta la resolución del tejido.

Acto seguido volveremos a valorar el punto anterior para ver si éste también se ha solucionado. En el caso de que no se haya solucionado, repetiremos la misma secuencia. Si sigue sin cambiar puede que sea una patología demasiado importante para que haya cambios rápidos, o que haya un factor músculo-esquelético que la esté manteniendo o que el proceso patológico sea temporal o permanentemente irreversible.⁽⁴⁸⁾

El tratamiento será protocolizado a razón de tres veces por semana durante las primeras dos semanas (con el objetivo de bajar la sintomatología al máximo, debido a la cronicidad que muchos de estos pacientes presentan) y una vez por semana durante las dos últimas semanas (con la intención de dejar más tiempo de reacción al cuerpo y valorar los posibles cambios sin hacer tanto número de sesiones).

Todos los días haremos un control de la defecación de los pacientes y la registraremos en el cuadro dedicado a ello para poder valorar los resultados de la eficacia de la técnica.

PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

1-.Contextualización

- 1.1. Análisis de la situación.
- 1.2. Búsqueda bibliográfica.
- 1.3. Estudio de la población.

2-.Diseño de instrumentos

- 2.1. Elección de la muestra.
- 2.2. Elaboración del cuadro de los puntos intestinales de Chapman.
- 2.3. Creación de la tabla de recogida de datos de la defecación.
- 2.4. Diseño del documento para la autorización de la práctica.
- 2.5. Concepción del plan de intervención.

3-.Trabajo de campo

- 3.1. Firma del documento “autorización de la práctica”.
- 3.2. Realización del tratamiento.
- 3.3. Recogida de datos.
- 3.4. Creación de las estadísticas.

4-. Análisis de datos

- 4.1. Análisis de las gráficas obtenidas.
- 4.2. Análisis de los cuadros.

5-.Elaboración resultados

- 5.1. Interpretación de las gráficas.
- 5.2. Descripción de los resultados.
- 5.3. Discusión y conclusiones.

1. Contextualización.

Durante el mes de marzo y abril del 2013 nos dedicamos a analizar la situación (1.1) que encontramos en la residencia de ancianos en la que trabajamos. Identificamos el problema, de constipación intestinal, tan elevado y la dependencia diaria de laxativos.

Comenzamos la búsqueda bibliográfica (1.2) y de artículos o estudios relacionados con el nuestro para fundamentar nuestra hipótesis de estudio. Utilizamos Internet y la biblioteca de la Universidad de Medicina Paris Descartes, en Paris.

Al igual compramos y estudiamos el libro “An Endocrine Interpretation of Chapman’s Reflexes”, en el que basaremos nuestro estudio experimental para la realización correcta de la técnica, localización de los puntos de Chapman intestinales y creación del protocolo de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Entonces nos centramos en estudiar la población (1.3) de la residencia de ancianos donde queremos realizar el estudio, en cuanto a antecedentes, patologías, medicación, edad, peso... con ayuda del sistema informático empleado en la estructura (PSI informatique).

2. Diseño de instrumentos.

Una vez estudiada la población, durante la primera semana de mayo de 2013 hacemos la elección de la muestra (2.1) de estudio junto al equipo médico de la residencia de ancianos. Teniendo 20 pacientes con las variables concretas que buscábamos.

La segunda semana de mayo, trazamos un cuadro de seguimiento con los 8 puntos intestinales de Chapman a evaluar y tratar (2.2) y los 20 pacientes de la muestra. En él recogemos los puntos anteriores que encontremos activos, los cuales representamos con una “X” y los no activos, que señalamos con un “0”. Tras realizar el tratamiento en la parte posterior y tener la resolución del tejido, reevaluamos el punto anterior correspondiente. Si sigue activo dejamos la “X”, pero si se ha resuelto, haremos un círculo que la rodee para marcar el cambio. Este cuadro lo rellenaremos los días en los que llevamos a cabo el tratamiento. De esta manera quedarán

registrados los puntos que causen o puedan mantener el estreñimiento en cada paciente y ver su evolución a lo largo del estudio.

Al igual creamos otra tabla para recoger las veces que cada paciente defeca diariamente (2.3) desde el 27 de mayo (día del primer tratamiento) hasta el 26 de junio (último día de seguimiento de nuestro estudio). Siendo “0” la ausencia de deposición fecal, “X” la presencia de heces una vez al día y “XX” cuando defecan varias veces al día.

Además elaboramos el consentimiento/autorización de práctica (2.4), para que sea firmado por el equipo médico de la residencia de ancianos señalando su permiso, confianza y conformidad para la realización del estudio.

Por último, la tercera semana de mayo, queda diseñado el plan de actuación (2.5) que llevaremos a cabo durante el mes de nuestro trabajo de investigación, siendo protocolarizado en base a tres tratamientos por semana las dos primeras semanas (lunes, miércoles y viernes), debido a la cronicidad del estreñimiento, y a un solo tratamiento a la semana (lunes) las dos siguientes semanas, para evaluar la eficacia de la técnica y su huella en el paciente, sin tanto número de sesiones.

3- Trabajo de campo.

Hacemos firmar la autorización de práctica (3.1) y el 27 de mayo realizamos el primer tratamiento con la técnica de Chapman (3.2) a los 20 pacientes, el cual repetiremos los días correspondientes de acuerdo con el plan de tratamiento planteado durante un mes. Todos los días haremos la recogida de datos (3.3) de las tablas que hemos elaborado y que han sido descritas anteriormente.

Así, una vez pasado el mes de seguimiento, podremos realizar las gráficas estadísticas (3.4) durante los meses de julio y agosto.

4- Análisis de datos.

Durante las dos primeras semanas de septiembre llevaremos a cabo el análisis de las estadísticas (4.1) y de los cuadros (4.2), lectura, interpretación y comprensión de los mismos.

5-. Elaboración de los resultados.

Las dos últimas semanas de septiembre nos dedicamos a describir la interpretación de las gráficas (5.1) y a elaborar los resultados (5.2), discusión y conclusiones (5.3).

RESULTADOS

El estudio estadístico realizado responde a nuestra pregunta sobre la eficacia de la Terapia Refleja de Chapman durante nuestro trabajo de investigación de la siguiente forma.

Basamos el porcentaje diario de éxito, en si el paciente ha realizado una o más deposiciones diarias, durante el tiempo de estudio. En el siguiente cuadro vemos representados en rojo los días que realizamos el tratamiento y en negro los días sin tratamiento. Desde el 27 de mayo (inicio de la primera sesión) hasta el 26 de mayo (último día de seguimiento). Bajo los días, en el cuadro, vemos representado el porcentaje de eficacia diario, calculado a razón de la presencia o no de deposiciones fecales en el total de los pacientes sometidos al estudio.

Figura1. Porcentaje de eficiencia diaria de la técnica de Chapman.

	27 de mayo LUNES	28 de mayo	29 de mayo MIERCOLES	30 de mayo
% eficiencia	95	70	90	80

	31 de mayo VIERNES	1 de junio	2 de junio	3 de junio LUNES
% eficiencia	80	90	75	100

	4 de junio	5 de junio MIERCOLES	6 de junio	7 de junio VIERNES
% eficiencia	75	75	50	95

	8 de junio	9 de junio	10 de junio LUNES	11 de junio
% eficiencia	60	80	100	80

	12 de junio	13 de junio	14 de junio	15 de junio
% eficiencia	70	85	90	85

	16 de junio	17 de junio LUNES	18 de junio	19 de junio
% eficiencia	75	100	85	90

	20 de junio	21 de junio	22 de junio	23 de junio
% eficiencia	75	60	55	85

	24 de junio LUNES	25 de junio	26 de junio
% eficiencia	65	55	55

Los días de aplicación de la técnica hemos obtenido un porcentaje del 91.9% de eficacia media y los días sin tratamiento del 73.5% de media.

Podemos observar que el porcentaje de deposición disminuye considerablemente a partir del día 20 de junio, en el que hace tres días que no tratamos y momento en el que continuará descendiendo progresivamente al paso de los días. La huella del tratamiento cada vez se hace más tenue.

Viendo las diferencias obtenidas en los porcentajes de eficiencia entre los días con y sin tratamiento, nos planteamos el contraste de hipótesis de comparación de proporciones para ver si estas diferencias son estadísticamente significativas.

H_0 : % eficiencia días con tratamiento. = % eficiencia días sin tratamiento

H_1 : % eficiencia días con tratamiento \neq % eficiencia días sin tratamiento

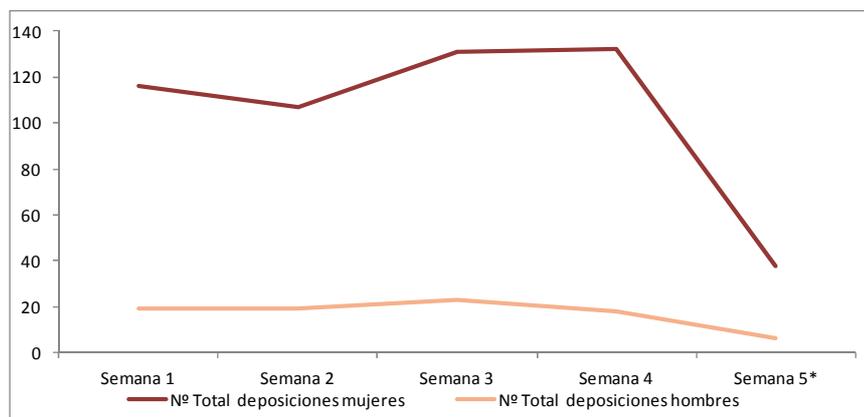
El p valor obtenido es **menor a 0,001**, y nos lleva a rechazar la hipótesis nula H_0 . Es decir, podemos asegurar que en el estudio que se ha llevado a cabo, se encontraron diferencias significativas entre el porcentaje de eficiencia en las deposiciones entre los días que se realizó el tratamiento y los días sin tratamiento.

A continuación haremos una valoración de la eficacia de la técnica a través de diferentes variables, las contrastaremos y las evaluaremos una a una en función de:

- El sexo de los pacientes, 3 hombres y 17 mujeres.
- La edad, considerando dos grupos:
 - Entre 81 y 90 años. 13 pacientes.

- Entre 91 y 100 años. 7 pacientes.
- El IMC, teniendo en cuenta cuatro posibilidades:
 - Infrapeso: (IMC \leq 15,99). 1 paciente.
 - Delgadez: (IMC 16,00– 18,49). 3 pacientes.
 - Normapeso: (IMC 18,5 - 24,99). 10 pacientes.
 - Sobrepeso: (IMC \geq 30,00). 6 pacientes.
- La presencia de demencia (15 pacientes) o ausencia de demencia (5 pacientes).
- La toma de medicamentos con tendencia a la constipación (2 pacientes) y comparada a pacientes que no toman este tipo de medicamento constringente (18 pacientes).

Figura 2. Evolución semanal del número total de deposiciones de hombres (n=3) y mujeres (n=17). “n”: Número de casos.



*La semana 5 la constituyen únicamente 3 días.

Como podemos observar, en ambos casos, a partir de la segunda semana la curva de deposición fecal sufre una variación positiva hasta llegar a un punto superior remarcable en la mitad de la tercera semana de tratamiento, momento que podríamos describir como el punto de mayor reacción de los pacientes a la técnica refleja de Chapman durante el estudio.

Esto coincide con que durante, sobretudo la primera semana de tratamiento, los puntos se encontraban muy cronificados, a la palpación muy densos y con poca

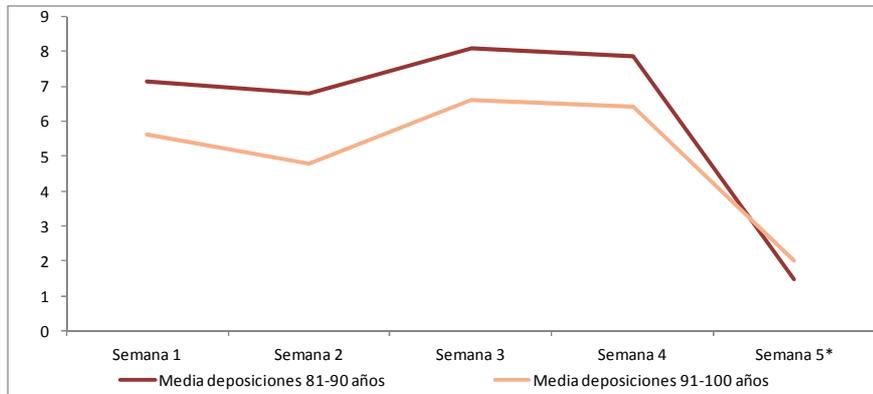
reactividad. Y se ve representado en la gráfica con una curva bastante plana en el número de deposiciones. Durante la segunda y la tercera semana esto fue mejorando, la mayor parte de los puntos quedaron resueltos y los pocos puntos que quedaban activos tenían una gran capacidad de reacción a la terapia. Éstos eran los puntos 36 (estreñimiento atónico), 37 (estreñimiento espástico) y 47 (recto) en la mayoría de los pacientes. En la gráfica apreciamos también que en este momento la curva asciende de manera considerable.

Entre la tercera y la cuarta semana se estabiliza y deja de aumentar, seguramente debido a que pasamos a realizar un único tratamiento por semana en lugar de tres, con lo que vemos la influencia que tiene la técnica en los pacientes. En el momento en el que reducimos el número de sesiones por semana, las deposiciones continúan pero sin aumentar.

De la misma manera, observamos en ambos sexos una caída de la curva muy importante durante la mitad de la cuarta semana de seguimiento, la que coincide con el día 20 de junio, en el cual hace tres días que se realizó el último tratamiento sobre los pacientes y a partir del cual ya no se realizará ninguno más. Esto justifica que a partir de este día veamos una caída estridente en la curva de deposiciones fecales. Esto responde a nuestra pregunta sobre el eco de la técnica en los pacientes. El efecto se mantiene correcto dos días y a partir del tercero empieza a decaer.

Al preguntar al equipo médico de la residencia de ancianos en estudio sobre la toma en este momento de laxantes, nos comentan que se ha reducido a una o dos veces por semana, dependiendo de los pacientes, pero que EN NINGUNO DE LOS CASOS se continúa de manera diaria y sistemática como se hacía antes del tratamiento con Chapman. Ahora sólo son administrados a los pacientes al tercer día que no presentan deposición fecal.

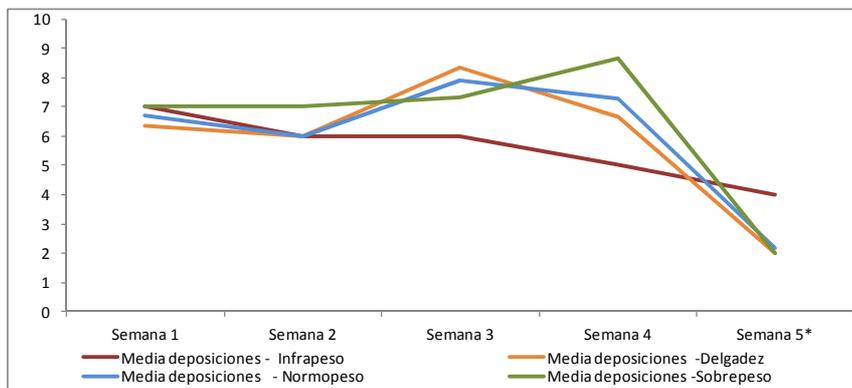
Figura3. Evolución semanal del número medio de deposiciones de las personas según su edad.



*La semana 5 la constituyen únicamente 3 días.

Como representa la gráfica no parece haber una diferencia entre los dos grupos de edades diferentes. Ambos responden exactamente igual al tratamiento.

Figura 4. Evolución semanal del número medio de deposiciones de las personas según su clasificación del Índice de Masa Corporal.



*La semana 5 la constituyen únicamente 3 días.

En la gráfica apreciamos que los pacientes con sobrepeso son los únicos que van en crescendo progresivo durante todo el tratamiento y experimentan su mayor respuesta entre la tercera y la cuarta semana del estudio. Así que podríamos decir que

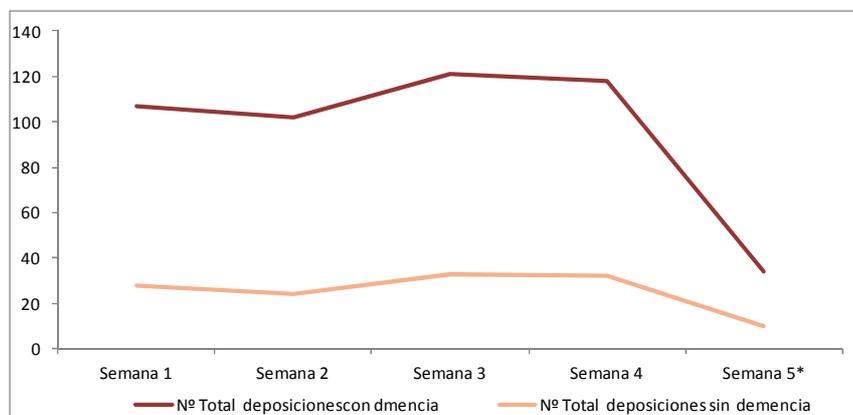
es el grupo que mejor responde, incluso cuando se realiza una única sesión a la semana.

En cambio, los otros tres grupos manifiestan su mayor respuesta entre la segunda y la tercera semana, para seguidamente empezar a decaer cuando pasamos a hacer un tratamiento por semana.

Todos los grupos decaen estrepitosamente a partir de la mitad de la cuarta semana, salvo los que padecen infrapeso con un descenso mucho menor y lo que podemos traducir como un mayor eco de la técnica durante los días sin tratamiento. Aunque considerando que es una única paciente la información no es de gran peso, deberíamos tener más pacientes de este tipo para confirmar esta observación.

En cuanto a los pacientes con infrapeso podemos ver que son bastantes constantes en su manera de responder al tratamiento y se refleja en la continuidad de sus deposiciones. Siempre teniendo presente lo descrito en el párrafo anterior.

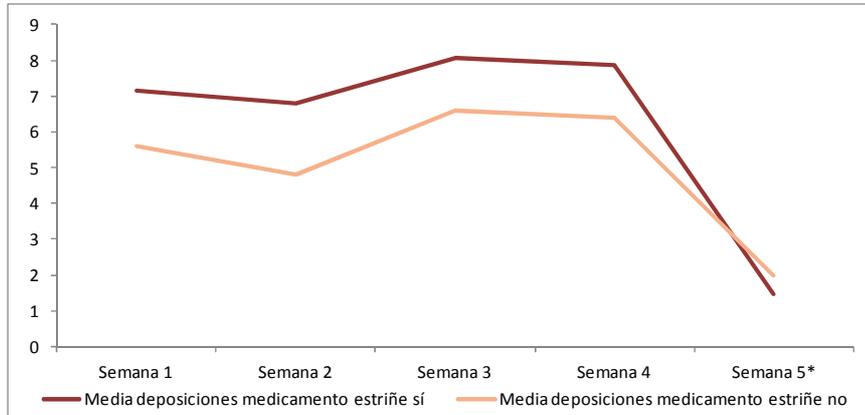
Figura 5. Influencia en la eficacia del tratamiento en pacientes con demencia (15 pacientes) o ausencia de la misma (5 pacientes).



*La semana 5 la constituyen únicamente 3 días.

Podemos ver en la gráfica que no existe inferencia alguna. Ambos grupos responden exactamente de la misma manera, independientemente del estado de sus funciones superiores, con las mismas variaciones de la curva.

Figura 6. Evolución semanal del número medio de deposiciones de las personas que toman medicamentos que estriñen (n=2) y que no toman medicamentos que estriñen (n=18).



*La semana 5 la constituyen únicamente 3 días

Tampoco vemos ninguna diferencia en la reacción al tratamiento durante la curva.

DISCUSIÓN

Con las gráficas obtenidas podemos decir que, todos los pacientes, independientemente de su sexo, edad, IMC, estado de sus funciones superiores y toma o no de medicamentos con tendencia a estreñir, responden favorablemente a la terapia refleja de Chapman.

En un principio planteamos estudiar la curva en función del peso de los pacientes y no su IMC, pero el estadístico que me ayudó con el estudio, me informó que no podíamos estudiarlo de esta manera, pues el peso sin conocer la talla, podía falsear los datos y ser incoherente. Es cierto que entre dos personas que pesen 100 kg teniendo una 1.50 metros de altura y la otra 2 metros, la comparación no es racional.

La respuesta positiva de los 20 pacientes durante el estudio y la presencia continua de deposiciones fecales en los mismos, nos permitió eliminar completamente y durante todo el proceso, el uso sistemático y diario de laxantes, con una única excepción. Caso que explicamos a continuación.

Una de las pacientes el día 3 de junio de 2013 (lunes) tuvo una caída recibiendo coxis y sacro un traumatismo. Esto tuvo una repercusión neurológica significativa sobre la paciente, ya que supuso una interrupción de tres días en su depósito fecal (días 4, 5 y 6 de junio), el cual hasta el momento había sido diario durante el estudio. Dejamos dos días de margen por el traumatismo (y posible riesgo de fractura/fisura teniendo en cuenta su avanzada edad) y el día 5 de junio (miércoles) decidimos tratar coxis (con una técnica funcional vía externa), sacro (con una técnica de toggle), meninges y occipital (con técnicas funcionales). Terminamos reequilibrando el ritmo cráneo-sacro en decúbito lateral, también de manera funcional, con una mano en occipital y otra en sacro. El día 6 de junio (tercer día sin defecar) el equipo médico decidió dar a la paciente aceite de ricino por la tarde. El día 7 de junio volvimos a aplicar la terapia refleja de Chapman por la mañana a la paciente, la cual consiguió ir al baño acto seguido. El sistema neurológico se estabilizó y pudimos continuar el estudio con normalidad y sin volver a tomar ningún laxante.

En general todos los pacientes soportaban bien el dolor al aplicar la técnica refleja de Chapman. Sólo una paciente se mostraba hipersensible, muy dolorosa. Con ella tuvimos que adaptar la técnica, realizándola de manera más suave que al resto de pacientes de manera que la paciente soportase el tratamiento sin problema. Nos permitimos esta sutileza en la aplicación basándonos en que el Dr. Chapman nos indica en la introducción de su libro (sin página) que no por realizar la técnica más fuerte se van a conseguir efectos más rápidamente. (49)

Al igual, su reacción al tratamiento era muy intensa. La paciente sentía mucho dolor en el vientre, lo que ella definía como “retortijones muy fuertes” y que relacionamos con los movimientos intrínsecos intestinales y recíproco movimiento de masa fecal. En su caso, tuvimos defecación todos los días durante el seguimiento, los dolores por los movimientos peristálticos fueron cesando y la paciente se mostraba muy contenta. Pero a partir del día 22 de junio (cuarto día sin tratamiento) se disminuyó la frecuencia de sus deposiciones y tuvo que retomar los laxantes.

El 45 % de los pacientes, a la semana del último tratamiento (23 de junio), debieron retomar la toma de laxantes, al presentar tres días sin deposición. Este es el momento, considerado y definido en el protocolo médico de esta residencia de ancianos, en el que se reinstaura el tratamiento conservador medicamentoso.

Por tanto podríamos ampliar la huella de la técnica en los pacientes hasta 72 horas tras intervención, en el que aún hay un 75% de eficiencia. A partir del cuarto día esta eficiencia se ve reducida a un 60% y a partir del séptimo día, tras la última aplicación de la técnica, al 55%. Con lo que podríamos considerar que sería necesario un protocolo de tratamiento a la semana de terapia refleja de Chapman, para remplazar el efecto de los laxantes y poder eliminar su toma. Sobre todo teniendo en cuenta que, aún tomando diariamente estos medicamentos, los pacientes que integraban nuestro grupo de estudio, no conseguían expulsar materia fecal a diario, con lo cual tampoco tenían un 100% de eficacia estos productos químicos, pese a sus efectos secundarios.

Para poder comprobar todo esto sería conveniente realizar un estudio experimental de una duración mayor (seis meses). En nuestro caso, al ser sólo un

mes de tratamiento, frente a una disfunción tan cronificada, pudimos verificar la eficacia de la técnica, pero la efectividad a largo plazo no la podemos observar. Sería interesante evaluar si al estimular, durante un periodo mayor de tiempo, de manera refleja, a través de los puntos de Chapman, los plexos nerviosos, se llegan a normalizar los movimientos espontáneos intestinales, su función y las consecuentes deposiciones. Si fuese el caso se podría eliminar el estreñimiento y el consumo de laxantes si no completamente, en gran medida vistos los resultados de eficacia de la técnica en nuestro estudio.

Del mismo modo, consideramos conveniente repetir el estudio con una muestra mayor. Hemos de admitir que la nuestra es reducida, limitada por los factores de los que ya hablamos anteriormente. Con una muestra más grande podríamos tener una mayor certeza y confirmación en los resultados.

Nos hubiese gustado estudiar también los puntos que encontrábamos activos y sus reacciones y cambios a lo largo del proceso de experimentación. Por eso elaboramos los cuadros diarios en los que los anotábamos. De esta manera podíamos ver las posibles causas principales y/o problemas que mantienen el estreñimiento, en función de los puntos que se resistían al cambio con la evolución de los días.

Sinceramente, este estudio (aún siendo de mi interés), no era factible en este momento. Eran gráficas con muchísimos datos, que se pueden evaluar, pero para su análisis hubiésemos necesitado más tiempo.

Pero éste no era el objetivo de este estudio, sino evaluar la eficacia de la técnica refleja de Chapman, así que decidimos, junto al tutor, dejarlo aquí para no perdernos en un mar de datos y que por falta de tiempo al final no obtuviésemos respuestas a nuestras preguntas e hipótesis iniciales.

Sería interesante pues, plantear un nuevo estudio en el que el objetivo fuese éste. Conocer y analizar los puntos de Chapman de mayor incidencia, los que se resolvían, aquellos que la siguiente semana se volvían a activar y los que permanecían a pesar de todo y quizá sean la causa o el mantenimiento de que persista el estreñimiento. De ésta manera posiblemente se pueda crear un tratamiento osteopático completo personalizado a través de la triada osteopática (estructura,

relación neurológica y fluídica) e incluso creando un protocolo más holístico en cada paciente, en función de los resultados que obtengamos.

CONCLUSIONES

El estreñimiento afecta a un alto porcentaje de la población anciana.

El estreñimiento tiene consecuencias significativas desfavorables para las personas que lo padecen, tales como:

- Flacidez, dilatación e hipomotilidad intestinal.
- Infecciones intestinales por el cúmulo de heces y por tanto de bacterias en su interior.
- Restreñimiento.
- Afecciones a distancia en otros sistemas del organismo, alterando el estado general de los afectados.

La toma de laxantes diaria a largo plazo, provoca en los pacientes deshidratación e hipomotilidad intestinal y con esto, restricción.

La técnica refleja de Chapman realizada en 20 pacientes ancianos entre 80 y 100 años, durante un mes, sobre 8 puntos intestinales, descritos por el Dr. Chapman, ha tenido una eficacia media del 91'9 % los días de aplicación del tratamiento y del 73'5 % los días de intervalo entre sesiones. Siguiendo un protocolo a razón de tres sesiones a la semana, durante las primeras dos semanas y una vez por semana, las dos últimas semanas del estudio.

La eficacia de la técnica refleja de Chapman es independiente de la edad, el sexo, el IMC, la presencia de demencia o la ausencia de la misma y la toma o no de medicamentos que tiendan a estreñir, de los pacientes sometidos al estudio.

A partir del tercer día sin tratamiento, el porcentaje de eficacia comienza a disminuir, siendo del 65% a la semana de haber realizado la última sesión y requiriendo renovar la aplicación de la técnica para asegurar la deposición fecal de los pacientes en estudio.

La aplicación de la terapia refleja de Chapman ha permitido eliminar al 100% la toma de laxantes en los pacientes que la recibieron.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Hallouet P., Barry A. “MEMO GUIDE de Biologie et de physiologie humaines. Les fiches indispensables” Ed. MASSON SAS. 2009 Pág.144-145.
- (2) Hertz A.F. “La Constipation et les Troubles Intestinaux qui s’y rattachent”. Ed. Masson et Cie. Reboul. 1912. Pag. 58-61.
- (3) Arbuthnot Lane W. “The Operative Treatment of Chronic Intestinal Stasis”. Ed. LONDON ; JAMES NISBET & CO. LIMITED. Third Edition. 1915. Pag. 44 – 47.
- (4) Megustaestarbien.com. Vigo, Pontevedra. España. Editada en 2011. Actualizado el 27/09/2013. Consultada el 27/09/2013. Disponible en : http://megustaestarbien.com/2013/09/27/el-riesgo-de-pasarte-con-los-probioticos/?fb_source=pubv1
- (5) Hallouet P., Barry A. “MEMO GUIDE de Biologie et de physiologie humaines. Les fiches indispensables” Ed. MASSON SAS. 2009 Pág.134.
- (6) Fasano A, Bove F, Gabrielli M, Petracca M, Zocco MA, Razzoni E, Barbaro F, Piano C, Fortuna S, Tortora A, Di Giacomo R, Campanale M, Gigante G, Lauritano EC, Navarra P, Marconi S, Gasbarrini A, Bentivoglio AR. “The role of small intestinal bacterial overgrowth in Parkinson's disease.” Mov Disord. 2013 Aug;28. Epub 2013 May 27.
- (7) Arbuthnot Lane W. “Chronic Intestinal Stasis”. THE PRACTITIONER. May 1922. P 3-11

- (8) Ramiro.Puig E., Pérez-Cano F.J., Castellote C., Franch A., Castell M. “El intestino: pieza clave del sistema inmunitario” Revista española de enfermedades digestivas. Madrid Enero 2008. V.100 n.1.
- (9) McCoy K. “Role of Commensal Flora in Mucosal Immune Development,” The 109th Abbott Nutrition Research Conference. November 13-14 2008. Columbus, Ohio.
- (10) Arranz E., Garrote J.A. “Inmunología General, TEMA 4 El Sistema Inmune de la Mucosa Gastrointestinal.” 2º Medicina Departamento de Pediatría, Inmunología, Obstetricia y Ginecología, y Nutrición y Bromatología. Universidad de Valladolid. 2005-2006.
- (11) Huang MJ, Liaw YF. “Clinical Association Between Thyroid and Liver Diseases.” J. Gastroenterol Hepatol. 1995. 10: 344-50.
- (12) Hurst A.F. “Constipation and Allied Intestinal Disorder.” Ed. Oxford Medical Publications. 2ond Edition. 1919. p. 90-91, 341.
- (13) Parodi R., Montero J., Ferreti M.V., Chiganer G., Lema S., Ferrado M., Egri N., Altonaga M., Ferreti S., Carrison D., Greca A. “ Asociación entre Hipertiroidismo y Patología Hepática. Presentación de dos casos y revisión de la literatura”. Gland Tir Paratir. 2008 ; (17) : 28-33
- (14) Abcfarma.net. Coconut Creek, Estado de Florida, EE.UU. Editado en Junio del 2002. Citado el 12/2007. Consultada en abril del 2013. Disponible en: http://www.abcfarma.net/inediasp/respuestas/diciembre_07/1224073_abusar_de_laxantes.shtml
- (15) Vademecum.es. Madrid. Barcelona. Concedida el 3 de diciembre de 2010. Consultada en abril del 2013. Disponible en: <http://www.vademecum.es/principios-activos-aceite+de+ricino-a06ab05>

(16) Vademecum.es. Madrid. Barcelona. Concedida el 3 de diciembre de 2010. Consultada en abril del 2013. Disponible en:

<http://www.vademecum.es/principios-activos-macrogol-a06ad15>

(17) Monés Xiol J.(Dr). “Comprender el estreñimiento y la diarrea” ED. AMAT, S.L., Barcelona. 2009. Pág. 62.

(18) Phyllis A. Balch, C.N.C. “Recetas Nutritivas que Curan” ED. Penguin Group U.S.A. 2000. Página 320.

(19) Hertz A.F. “La Constipation et les Troubles Intestinaux qui s’y rattachent” Ed. Masson et Cie. Reboul. 1912. Pag. 81.

(20) Riemann JF, Schmidt H, Zimmermann W. “The fine structure of colonic submucosal nerves in patients with chronic laxative abuse.” Scand J Gastroenterol. 1980;15(6):761-8.

Zhao JS, Tong WD. “Pathophysiology of slow transit constipation.” Department of Gastric and Colorectal Surgery, The Third Military Medical University, Chongqing, China. 2012 Jul;15(7):758-60.

Babb R R. “Constipation and laxatif abuse.” West J Med. 1975 January, 122 (1) ; 93-96.

Riemann JF, Schmidt H. “Ultrastructural changes in the gut autonomic nervous system following laxative abuse and in other conditions.” Scand J Gastroenterol Suppl. 1982 ; 71 : 111-24

(21) Ricard F. “Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema Cardiorespiratorio. Tomo I”. Ed. Médica Panamericana. 2008. Pag. 45.

(22) Dowling DJ., D.O., FAAO. “Osteopathic Manipulative Medicine. Pain in Adolescence”. OMED. October 7th, 2012.

- (23) Aguirre JL. (MD); Venditto MA. (DO); McAuley D. (DO); Kuchera ML (DO,FAAO). "The Use of Osteopathic Manipulative Treatment (OMT) in the Enhancement of Pulmonary Function in an Impoverished Urban Sector of Duran, Ecuador". Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Center Performance & Biomechanics Laboratory. 2009.
- (24) Ricard F. "Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema Digestivo. Tomo II". Ed. Médica Panamericana. 2008. Pag. 325-327.
- (25) "MEMO GUIDE de Biologie et de physiologie humaines. Les fiches indispensables" Ed. MASSON SAS. 2009. Pag.134,136-137.
- (26) Ricard F. "Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema Digestivo. Tomo II". Ed. Médica Panamericana. 2008. Pag. 330-332.
- (27) Johnson L.R., Barret K.E., Gishon F.K., Merchant J.L., Said H. M., Wood J.D. "Physiology og Gastrointestinal Track" Ed. Elsevier (Four Edition). 2006. Pag 941-943.
- (28) Ricard F. "Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema Digestivo. Tomo II". Ed. Médica Panamericana. 2008. Pag. 236,250-252.
- (29) Johnson L.R., Barret K.E., Gishon F.K., Merchant J.L., Said H. M., Wood J.D. "Physiology og Gastrointestinal Track" Ed. Elsevier (Four Edition). 2006. Pag. 943.
- (30) Bartlet. AL., Hasson T. "Contraction of Chicken rectum to nerve stimulation alter blockade of sympathetic and parasympathetic transmisión". Q.J. Exp. Physiol Cogn Med Sci. 1971. Jul; 56(3): 178-83.
- (31) Brehmer A. "Advances in Anatomy Embriology and Cell Biology, 186. Structure of Enteric Neurons." ED. Springer. 2006. Pag. 46-64

- (32) Johnson L.R., Barret K.E., Gishon F.K., Merchant J.L., Said H. M., Wood J.D. "Physiology og Gastrointestinal Track" Ed. Elsevier (Four Edition). 2006. Pag. 941-943.
- (33) "MEMO GUIDE de Biologie et de physiologie humaines. Les fiches indispensables" Ed. MASSON SAS. 2009. Pag 136-137.
- (34) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. Preface.
- (35) Godoy Muelas J.L. "Kinesiología. Tu cuerpo responde." Mándala Ediciones. 2006. Pag. 101.
- (36) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. Introduction.
- (37) Godoy Muelas J.L. "Kinesiología. Tu cuerpo responde." Mándala Ediciones. 2006. Pag 102.
- (38) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 2.
- (39) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. REFLEX PATTERNS OF PRATICAL VALUE.
- (40) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 42.

- (41) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag.110.
- (42) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 106.
- (43) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 98.
- (44) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 72.
- (45) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 70.
- (46) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 90.
- (47) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag. 86.
- (48) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag.CHARACTERISTICS AND DETECTION, METHODS OF APPLICATION, DOSAGE OF TREATMENT.
- (49) Owens C. "An Endocrine Interpretation of Chapman Reflexes by The Interpreter" Academy of Applied Osteopathy Second Edition. 1937. Pag Introduccion

ANEXOS

Anexo1. CONSENTIMIENTO MÉDICO (Autorisation de Pratique).

Paris, le 20 / Mai / 2013

AUTORISATION DE PRATIQUE

L'équipe médicale de la Maison de Retraite du Soleil, **AUTORISE** Maria Angeles GIL FERNANDEZ à réaliser son projet de fin d'études en Osteopathie dans notre centre.

Celui-ci consiste à pratiquer la technique réflexe de Chapman sur 20 résidents de notre structure ayant des problèmes de constipation intestinale essentiellement liés à la limitation de leur mobilité, avec pour objectif de tester l'efficacité de cette technique et ainsi pouvoir diminuer la prise de produits laxatifs pour ces personnes.

Pour faire valoir ce que de droit,

Medecin

IDEC

Infirmier

Infirmier

(Traducción en español)

CONSENTIMIENTO PARA LA PRÁCTICA

Paris, el 20 de Mayo de 2013.

El equipo médico de la Residencia de Ancianos “Du Soleil” **AUTORIZA** a María Angeles Gil Fernaández a realizar su proyecto de fin de estudios en Osteopatía en nuestro centro.

Éste consiste en practicar la técnica refleja de Chapman a 20 residentes de nuestra estructura, los cuales sufren estreñimiento esencialmente ligados a la limitación de movilidad y teniendo por objetivo evaluar la eficacia de esta técnica y así, poder disminuir la toma de productos laxantes en estas personas.

Para que así conste.

Médico

Jefe de enfermería

Enfermero

Enfermero

Anexo 2. Registro para la recogida de datos de los Puntos Intestinales de Chapman.

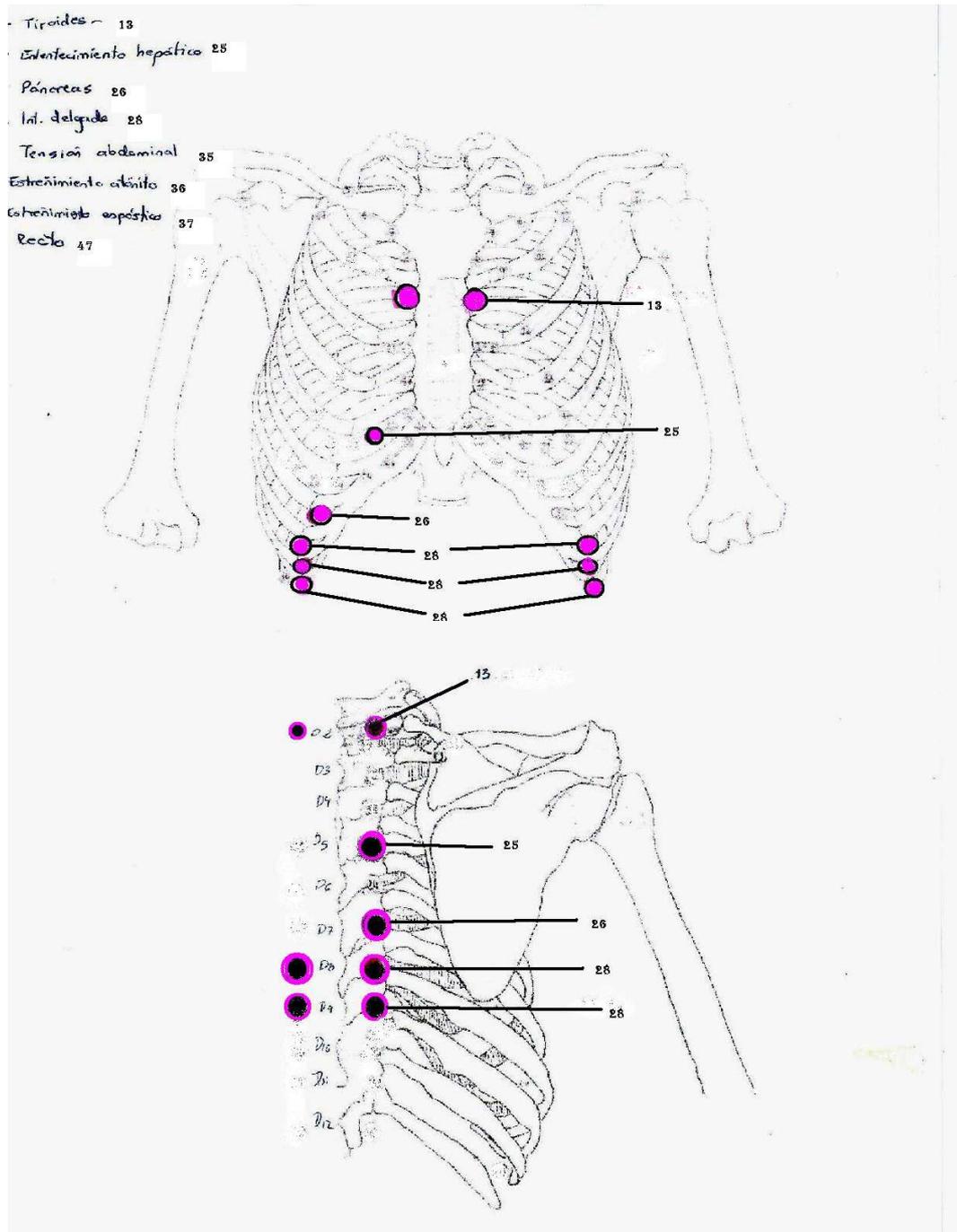
Ptos Chapman		13	25	26	28	35	36	37	47
	Ant/Post	/	/	/	/	/	/	/	/
Paciente									
1		/	/	/	/	/	/	/	/
2		/	/	/	/	/	/	/	/
3		/	/	/	/	/	/	/	/
4		/	/	/	/	/	/	/	/
5		/	/	/	/	/	/	/	/
6		/	/	/	/	/	/	/	/
7		/	/	/	/	/	/	/	/
8		/	/	/	/	/	/	/	/
9		/	/	/	/	/	/	/	/
10		/	/	/	/	/	/	/	/
11		/	/	/	/	/	/	/	/
12		/	/	/	/	/	/	/	/
13		/	/	/	/	/	/	/	/
14		/	/	/	/	/	/	/	/
15		/	/	/	/	/	/	/	/
16		/	/	/	/	/	/	/	/
17		/	/	/	/	/	/	/	/
18		/	/	/	/	/	/	/	/
19		/	/	/	/	/	/	/	/
20		/	/	/	/	/	/	/	/

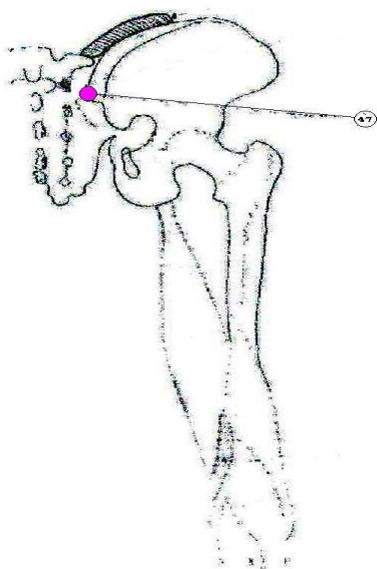
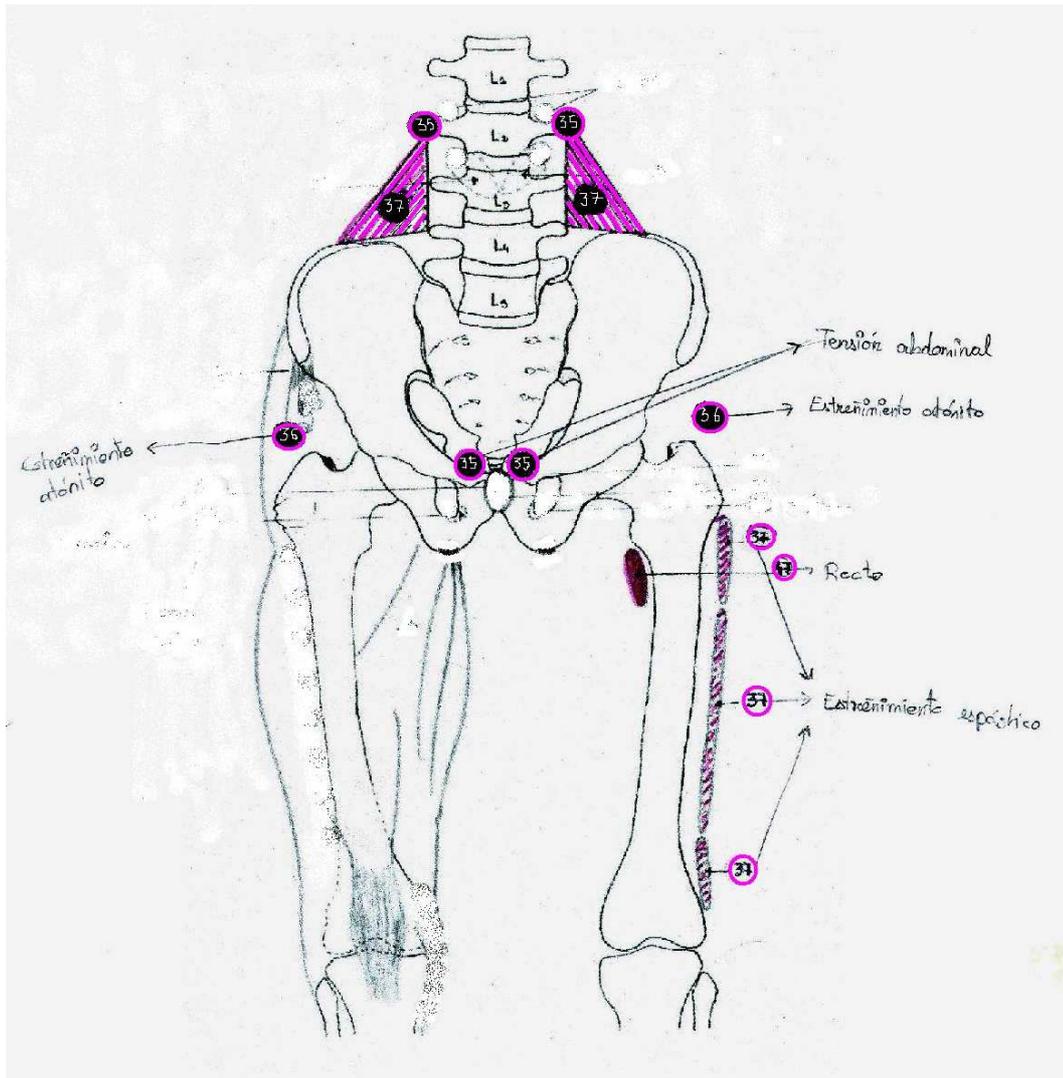
X - Punto Activo

O - Punto

Inactivo

Anexo 3. Representación gráfica de la localización de los 8 puntos intestinales de Chapman que vamos a utilizar para la aplicación de la técnica. Diseñada para este estudio.





Anexo 4. Tabla recogida de datos de la defecación de los pacientes tratados.

Fecha	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Muestra	7	8	9	0	1																										
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
11																															
12																															
13																															
14																															
15																															
16																															
17																															
18																															
19																															
20																															

En la línea superior, FECHA: días de seguimiento. Comprende del 27 de Mayo al 26 de Junio de 2013.

En la primera columna, MUESTRA, numerados los 20 pacientes a los que se realiza el estudio.