

Utilización de recursos médicos por los pacientes con síndrome de intestino irritable en un hospital de tercer nivel

Dr. Max J Schmulson Wasserman,* Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz*

* Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán».

Correspondencia: Dr. Miguel Ángel Valdovinos Díaz. Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán». Vasco de Quiroga No. 15, Tlalpan, C.P. 14000 México D.F., México. Teléfonos: 573-12-00, 573-73-33 Ext. 2707-2714

Recibido: 17/VII/97; Aceptado 30/IX/97

RESUMEN Antecedentes: El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno que produce un alto costo a la sociedad en términos de ausentismo, consultas, exámenes médicos, tratamientos y cirugías innecesarias. **Objetivo:** Conocer la utilización de recursos médicos por pacientes con SII en un hospital de referencia. **Método:** Estudio retrospectivo de expedientes de pacientes con SII. Se analizó el número de estudios de laboratorio, gabinete y consultas médicas y número de cirugías abdominales. **Resultados:** Entre 1987-1996 se identificaron 98 pacientes con edad promedio de 40.8 años. El seguimiento fue de 33.4 meses (rango: 1-243) durante los cuales se solicitaron en promedio 22.4 estudios por paciente (rango: 1-82). Se requirieron 5.0 estudios por paciente (rango: 1-11) previos al diagnóstico de SII. En el 87% de los pacientes, el diagnóstico de SII se estableció durante la primera consulta. Cada paciente consultó 3.6 veces/año, 44.2% por síntomas gastrointestinales y 48.6% por síntomas no gastrointestinales. Las consultas con mayor demanda fueron medicina interna (53.0%), gastroenterología (38.8%), proctología (31.6%), psiquiatría (21.4%), ginecología (18.4%) y urología (13.3%). El 17.3% tenía antecedentes de apendicectomías y 13.3% colecistectomías. El 1.02% y el 2.04% respectivamente fueron practicadas luego del diagnóstico de SII. **Conclusiones:** A pesar de los reconocidos criterios diagnósticos de Roma, se solicitan numerosos estudios de laboratorio y gabinete para descartar enfermedad orgánica a los pacientes con SII, y estos demandan un elevado promedio de consultas médicas anuales. Además, los pacientes con SII tienen una elevada tasa de apendicectomías y colecistectomías.

Palabras clave: Síndrome de intestino irritable (SII), recursos médicos.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino irritable (SII) es uno de los trastornos más frecuentemente observados en la práctica

SUMMARY Background: The irritable bowel syndrome (IBS) produces a high cost to society in terms of work loss, consultations, medical tests, treatments and even unnecessary surgeries. **Aims:** To evaluate the use of medical resources by IBS patients in a tertiary hospital. **Methods:** Retrospective study of medical records from patients with IBS younger than 60 years old. Number of clinical studies, consultations to all specialties and number of surgeries were analyzed. **Results:** Between 1987 and 1996, 98 patients age (mean) 40.8 years, were identified. Follow-up time was 33.4 months (1-243), during a mean of 22.4 studies per patient (1-82) were solicited. Prior to IBS diagnosis, 5.0 studies per patient (1-11) were required. In 87% of the cases, IBS diagnosis was established during the first visit. Each patient consulted 3.6 times/year, 44.2% for gastrointestinal symptoms and 48.6% for non-gastrointestinal symptoms. The consultations with the most demand were internal medicine (53.0%), gastroenterology (38.8%), proctology (31.6%), psychiatry (21.4%), gynecology (18.4%) and urology (13.3%). Surgical history was found in 39%, 17.3% had appendectomy and 13.3% cholecystectomy, 1.02% and 2.04% respectively were done after IBS diagnosis. **Conclusions:** Although the availability of the Rome criteria for the diagnosis of IBS, these patients require an excessive quantity of studies to eliminate the possibility of organic disease, and excessive number of annual medical consultations as well. IBS patients also have a high rate of appendectomies and cholecystectomies.

Key words: Irritable bowel syndrome, medical resources.

clínica. Es la causa del 12% de las consultas al médico general¹ y del 20-50% al gastroenterólogo.^{1,2} Produce un alto costo a la sociedad en términos de ausentismo al trabajo, consultas médicas, exámenes clínicos, deman-

da de tratamientos médicos e inclusive cirugías innecesarias.³⁻⁵ No existen signos físicos para discriminar el SII y éste debe diagnosticarse con base en la historia clínica y la ausencia de síntomas o signos de enfermedad orgánica. Previamente se han establecido parámetros de diagnóstico conocidos como los criterios de Roma, los cuales están basados en síntomas que fueron informados con mayor frecuencia por los pacientes con SII que por los pacientes con enfermedad orgánica.^{3,6} Dichos criterios permiten un diagnóstico certero que evita investigaciones innecesarias y solo se recomienda la realización de estudios básicos como una biometría hemática (BH) y velocidad de sedimentación globular (VSG), coproparasitoscópicos (copros), así como rectosigmoidoscopia (RSC), colon por enema (CxE) o colonoscopia para descartar enfermedades parasitarias, inflamatorias o neoplásicas.^{3,7}

OBJETIVOS

El presente trabajo se realizó con el objeto de conocer la utilización de recursos médicos como consultas médicas y exámenes de laboratorio y gabinete, así como procedimientos quirúrgicos practicados a los pacientes con SII en un hospital de referencia de tercer nivel como lo es el Instituto Nacional de la Nutrición «Salvador Zubirán» (INNSZ).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se identificaron los expedientes de todos los pacientes con los siguientes diagnósticos: 1) trastornos funcionales digestivos (TFD), 2) síndrome de colon irritable y 3) SII, del archivo computarizado del INNSZ en el periodo comprendido entre 1988 a 1996. Se evaluaron sólo los expedientes de los pacientes que cumplían con los criterios de Roma (*Cuadro 1*), con edad menor a 60 años. Se excluyeron todos aquellos pacientes con enfermedades orgánicas que alteran la función intestinal y colónica como diabetes mellitus, trastornos tiroideos, enfermedades del colágeno, pólipos, tumores, divertículos, enfermedades inflamatorias, infecciosas o parasitarias del intestino, y/o antecedentes de resección intestinal o colónica. En cada expediente se analizó el tiempo de seguimiento hospitalario, número de estudios de laboratorio y gabinete, todas las consultas a las diferentes especialidades, atención por el servicio de urgencias y cirugías practicadas. Los estudios de laboratorio y gabinete se dividieron entre aquellos recomendados y aquellos no recomendados para el diagnóstico de SII.⁷ Los

CUADRO 1

CRITERIOS DE ROMA PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SII

Por lo menos tres meses con síntomas continuos o recurrentes de:

1. Dolor o malestar abdominal que:
 - a. Alivia con la evacuación y/o
 - b. Asociado a cambio en la frecuencia de las evacuaciones y/o
 - c. Asociado a cambios en la consistencia de las evacuaciones

2. Dos o más de los siguientes criterios en por lo menos el 25% de las ocasiones o de los días:
 - a. Alteración en la frecuencia de las evacuaciones (más de tres al día o menos de tres a la semana)
 - b. Alteración en la forma de las evacuaciones (escíbalos/duras, sueltas/líquidas)
 - c. Alteración en el paso de las evacuaciones (estreñidas, urgencia o sensación de evacuación incompleta)
 - d. Paso de moco y/o
 - e. Flatulencia o sensación de distensión abdominal

estudios contabilizados fueron BH, VSG, coproscópicos (copros), sangre oculta en heces, RSC, CxE, colonoscopia. Además, química sanguínea (QS), examen general de orina (EGO), urocultivos, perfil lipídico (PL), electrolitos en suero, hormonas, pruebas de absorción intestinal (malabsorción), electrocardiogramas (ECG), telerradiografía de tórax (Rx tórax), serie esofagogastrodual (SEGD), ultrasonido abdominal (US), estudios endoscópicos del tubo digestivo alto (panendoscopia), tránsito intestinal y otros (VIH, VDRL, inmunología, marcadores virales de hepatitis, pruebas de aliento con urea, manometría esofágica, monitoreo ambulatorio de pH de 24 horas, CPER, colecistografía oral, colangiografía IV, TAC abdomen, gammagrafía hepatoesplénica, Rx de columna lumbosacra, ecocardiograma). Las consultas médicas se dividieron en aquellas relacionadas a síntomas gastrointestinales (SGI) y síntomas no gastrointestinales (SNGI). Se consideraron consultas relacionadas a SGI: medicina interna, gastroenterología, proctología, páncreas y hepatología. El resto de las consultas fueron consideradas como SNGI.

Se analizó el número de cirugías abdominales practicadas, con especial atención a las apendicectomías y colecistectomías. Además se obtuvo del archivo computarizado del INNSZ, el porcentaje de apendicectomías y colecistectomías realizadas con respecto al número total de egresos hospitalarios en el periodo comprendido entre 1988 y 1996.

Se describen el promedio y rango de estudios practicados antes y después de establecido el diagnóstico de SII. Además, se presenta la frecuencia y rango con la

Utilización de recursos médicos por los pacientes con síndrome de intestino irritable

CUADRO 2
FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DIAGNÓSTICOS DE SII

Síntoma	Frecuencia (%)
Dolor	100
— Alivia al evacuar	39.8
— Asociado a cambios de la frecuencia	43.9
— Asociado a cambios de la consistencia	49.0
Más de tres evacuaciones/día	27.5
Menos de tres evacuaciones/semana	23.5
Alteración en la forma	52.0
Alteración en el paso de las evacuaciones	30.6
Moco	26.5
Flatulencia	79.6

que se solicitaron estudios de laboratorio y gabinete durante el tiempo de seguimiento. Se describe el promedio de consultas por paciente por año. Las consultas por orden de demanda se expresan en porcentajes y el número de consultas en rangos. Los procedimientos quirúrgicos se describen en porcentajes.

RESULTADOS

Se identificaron 315 pacientes con diagnósticos de TFD, SCI y SII. De estos solo 285 eran menores de 60 años y de ellos 98 (34.4%) cumplieron con los criterios de Roma. La edad promedio de los pacientes fue de 40.8 años (rango: 15-59), 28.6% hombres y 71.4% mujeres. El 27.6% de los pacientes tenía predominio de diarrea, 25.5% constipación y el 46.9% diarrea y constipación alternadamente (*Cuadro 2*).

El seguimiento fue de 33.4 meses (rango: 1-243) durante los cuales se solicitaron un promedio de 22.4 estudios por paciente (rango: 1-82). Se practicaron un promedio de 5.0 estudios por paciente (rango: 1-11) previos al diagnóstico de SII y 17.4 estudios (rango: 1-18) posteriormente. Al 2.1% de los pacientes no se les solicitó ningún estudio clínico. En el *cuadro 3*, se presenta la frecuencia con la cual se solicitaron los diferentes estudios clínicos para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes. Destaca que en cuanto a los estudios recomendados para el diagnóstico de SII, sólo al 11.2% de los pacientes se les solicitó VSG, al 50.0% coproparasitoscópicos y el 24% no tenía ningún estudio para visualizar el colon.

En el 87% de los pacientes, el diagnóstico de SII se estableció durante la primera consulta. Durante el tiempo

CUADRO 3
FRECUENCIA DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE PRACTICADOS A LOS PACIENTES CON SII

Número de Estudios	0	1	2	≥ 3	Rango
	(%)	(%)	(%)	(%)	
Recomendados para el Dx. de SII:					
BH	10.2	48.9	14.4	26.5	(1-10)
VSG	88.8	11.2	0	0	(1-1)
Copros	50.0	7.1	22.5	20.4	(1-7)
Sangre oculta en heces	58.2	11.2	18.4	12.2	(1-5)
RSC	67.3	31.6	1.1	0	(1-2)
CxE	32.7	62.2	5.1	0	(1-3)
Colonoscopia	94.9	5.1	0	0	(1-1)
Total de estudios para visualizar el colon	24.0	42.8	25.5	7.7	(1-3)
No recomendados para el Dx. de SII:					
QS	5.1	45.9	14.3	34.7	(1-18)
EGO	11.2	53.1	14.3	21.4	(1-13)
Urocultivo	71.4	12.2	8.2	8.2	(1-6)
PL	33.7	46.9	5.1	14.3	(1-17)
Electrolitos	29.6	48.9	14.4	7.1	(1-5)
Coagulación	37.8	51.0	9.2	2.2	(1-3)
Hormonas	76.5	16.3	4.1	3.1	(1-4)
Malabsorción	88.8	7.1	0	4.1	(1-5)
ECG	19.4	67.4	7.1	6.1	(1-3)
Rx tórax	27.6	61.2	6.1	5.1	(1-5)
SEGD	55.1	35.7	4.1	5.1	(1-3)
US	60.2	32.6	5.1	2.1	(1-2)
Panendoscopia	63.3	22.4	11.2	3.1	(1-3)
Tránsito intestinal	79.6	20.4	0	0	(1-1)
Otros	24.5	32.6	15.3	27.6	(1-16)

total de seguimiento, cada paciente consultó un promedio de 3.6 veces por año, 44.2% de las consultas fueron debidas a SGI y 48.6% por SNGI. Las consultas utilizadas en orden de demanda fueron: Medicina Interna 53.0% (1-9 veces); Gastroenterología 38.8% (1-15 veces); Proctología 31.6% (1-3 veces); Psiquiatría 21.4% (1-18 veces); Ginecología 18.4% (1-8 veces); Urología 13.3% (1-17 veces). El 19% de los pacientes consultaron al servicio de urgencias por síntomas relacionados con el SII.

El 39% de los pacientes tenía el antecedente de algún tipo de cirugía abdominal. El 17.3% (17/98 pacientes) tenía apendicectomía, 13.3% (13/98) colecistectomía y 8.4% alguna otra cirugía abdominal. En cuanto a las apendicectomías y colecistectomías, solo 1.02% (1/98) y 2.04% (2/98) respectivamente, habían sido practica-

CUADRO 4
HISTORIA MÉDICA Y QUIRÚRGICA DE LOS PACIENTES CON SII. COMPARACIÓN DE ESTUDIOS

Característica	Drossman 1990		Drossman 1993	Longstreth 1993			Schmulson 1997
	SII con antecedentes de abuso	SII sin antecedentes de abuso	SII todos	Sanos	SII leve	SII severo	SII todos
Número de visitas médicas/año	4.2 ± 1.12	3.3 ± 1.10		2.6 ± 0.1	4.2 ± 0.4	3.2 ± 0.4	3.6
Visitas por SGI			1.64 ± 0.10				1.59 (44.2%)
Visitas por SNGI			3.88 ± 0.23				1.75 (48.6%)
Cirugías abdominales				27.2%	37.1%	30.6%	39.0%
Apendicectomías				20.5%	23.5%	24.4%	17.3%
Colecistectomías				5.7%	9.5%	6.7%	13.3%

SII: Síndrome de intestino irritable SGI: Síntomas gastrointestinales SNGI: Síntomas no gastrointestinales

das en nuestro Instituto posterior al diagnóstico de SII, la mayoría fueron realizadas previamente. Entre los años de 1987 y 1997 del total de egresos hospitalarios del INNSZ, se le practicó apendicectomía y colecistectomía al 0.83% y al 5.66% de los pacientes, respectivamente.

DISCUSIÓN

En los últimos años la certeza en el diagnóstico del SII se ha incrementado y simplificado con el uso de criterios clínicos. Si se cumple con dichos parámetros, el comité de Roma ha propuesto un manejo conservador en la evaluación diagnóstica inicial, permitiendo la realización de otros estudios sólo cuando existan síntomas o signos de alarma como pérdida de peso, fiebre, sangrado gastrointestinal, anemia o anormalidades en estudios previos o bien, cuando los síntomas sean de reciente aparición en pacientes mayores de 45 años.^{3,8} En general un diagnóstico de SII con una evaluación inicial adecuada, raramente requiere de estudios adicionales en el futuro. El presente es el primer estudio realizado en México que analiza la utilización de los recursos médicos por los pacientes con SII. En nuestro análisis retrospectivo hemos encontrado una sobreutilización de los recursos diagnósticos. Aunque en la evaluación inicial se practicaron un promedio de 5.0 estudios por paciente, en algunos se llega a solicitar un número excesivo (hasta 11 estudios) y en el seguimiento posterior se

solicitaron hasta 18 estudios por paciente. En algunos pacientes se practicaron hasta tres estudios para visualizar el colon y paradójicamente en el 24.0% no se solicitó ninguno. Más aún, en el 2.0% de los casos no se practicó ningún examen y en la mayoría de los pacientes (87%) el diagnóstico de SII se estableció durante la primera consulta. Lo anterior confirma una vez más que el SII es un diagnóstico clínico pero se solicitan estudios extras e innecesarios en el seguimiento de los pacientes.

Llama la atención el número excesivo de EGO y aún de urocultivos, pero ya se ha reconocido que los pacientes con SII que buscan atención médica presentan frecuentemente síntomas urinarios.^{9,10} Estudios previos han encontrado polaquiuria hasta en el 65% de los pacientes con SII, dismenorrea hasta en el 90% de las mujeres con este padecimiento^{9,11} y dispareunia en un tercio de ellas. Además, estudios urodinámicos han demostrado la presencia de disfunción vesical en el 50% de los pacientes con SII comparado con 13% de los controles.¹⁰ Todo ello se ha tratado de explicar por una alteración en la sensibilidad y motilidad visceral generalizada que involucra tanto al tubo digestivo como al aparato urinario y genital.^{8,12} Estos datos apoyan los resultados de nuestro estudio, en el que encontramos que los pacientes con SII consultaron con mayor frecuencia a otras especialidades por SNGI que por SGI (1.75 vs 1.59). Urología y Ginecología fueron de las especialidades con mayor demanda (Cuadro 4).

En nuestro Instituto es de rutina el ingreso de los pacientes por la consulta de Medicina Interna. Algunos ingresan directamente por la especialidad necesitada según el criterio del médico que solicita el ingreso. Los pacientes que inician por medicina interna, pueden continuar su control en esta especialidad o pueden ser remitidos a otra especialidad según el criterio del internista. Este sistema justifica el 53.0% de demanda de este servicio. El servicio de psiquiatría fue utilizado por el 21.4% de los pacientes con una frecuencia de 1 a 18 consultas por cada uno. Es importante recordar que los factores psicosociales no son responsables de la fisiopatología del SII, pero tienen influencia sobre el comportamiento de la enfermedad y son más frecuentes entre los pacientes que buscan atención médica.¹³ En cuanto a las consultas a Proctología, éstas se justifican por la necesidad de realizar RSC como parte del estudio diagnóstico primario del SII, sin embargo el rango de una a tres consultas por cada paciente refleja una vez más la sobreutilización de los recursos médicos.

En nuestro análisis encontramos que el 17.3% de los pacientes tenía apendicectomía y el 13.3% colecistectomía. Este hallazgo ha sido descrito previamente en la literatura en donde se refiere una frecuencia del 23.5-24.4% de apendicetomías y de 6.7-9.5% de colecistectomías en los pacientes con SII.¹⁴ Este hecho sugiere que frecuentemente el paciente con este padecimiento acude al servicio de urgencias con dolor abdominal agudo que simula cuadros de apendicitis o colecistitis. En nuestra serie, el 19.0% consultó a urgencias por síntomas relacionados al SII. Según lo informado en la literatura, el diagnóstico de apendicitis se confunde con síntomas de SII ya que en el 20.0% dichos síntomas se presentaron desde un mes antes de la cirugía.^{4,14} Sería importante hacer un análisis de los informes patológicos de las piezas quirúrgicas para comprobar la presencia o no de enfermedad apendicular.

Es interesante observar que en nuestro estudio el porcentaje de apendicectomías y colecistectomías en pacientes con SII es menor una vez que el paciente ha sido diagnosticado como tal (17.3% y 13.3% antes, vs. 1.02% y 2.04% después, respectivamente, del diagnóstico de SII) siendo similar al porcentaje de apendicectomías y colecistectomías realizadas en la población del INNSZ sin SII.

CONCLUSIONES

- 1) Aunque actualmente se reconocen criterios clínicos para el diagnóstico de SII (Criterios de Roma), se solicitan numerosos estudios de laboratorio y gabinete en estos pacientes para la exclusión de enfermedad orgánica.
- 2) Los pacientes con SII demandan un elevado promedio de consultas médicas anuales.
- 3) Existe una elevada tasa de apendicectomías y colecistectomías en pacientes con SII.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Florencia Vargas-Vorackova, por su valiosa colaboración en el resumen y análisis de los datos estadísticos.

REFERENCIAS

1. Mitchell CM, Drossman DA. Survey of the AGA membership relating to patients with functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 1987; 92: 1282-1284.
2. Harvey RF, Salih SY, Read AE. Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet* 1983; 1: 632-634.
3. Grant Thompson W, and the Working Team for Functional Bowel Disorders. In: Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, Grant Thompson W, Corazziari E, Whitehead WE, eds. *The functional gastrointestinal disorders*. 1st Edition. Boston. Little, Brown and Company. 1994: 115-173.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-1580.
5. Thompson WG. Irritable bowel syndrome: prevalence, prognosis and consequences. *Can Med Assoc J* 1986; 134: 111-113.
6. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978; 2: 653-654.
7. Grupo Nacional de Consenso en Síndrome de Intestino Irritable. *Consenso en Síndrome de Intestino Irritable. Definición y Criterios de Diagnóstico*. Fundación Mexicana para la Salud. México, 1995.
8. Drossman DA. Therapeutic recommendations. The irritable bowel syndrome. *The Gastroenterologist* 1994; 2: 315-326.
9. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non-colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986; 27: 37-40.
10. Whorwell PJ, Lupton EW, Erduran D, Wilson K. Bladder smooth muscle dysfunction in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1986; 27: 1014-1017.
11. Guthrie E, Creed FH. Severe sexual dysfunctioning in women with IBS: comparison with IBD and duodenal ulceration. *Br Med J* 1987; 295: 577-580.
12. Mayer EA, Genhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology* 1994; 107: 271-293.
13. Drossman DA. Illness behaviour in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Int* 1991; 4: 77-81.
14. Longstreth GF, Wolde-Tsadik G. Irritable bowel-type symptoms in HMO examinees. Prevalence, demographics and clinical correlates. *Dig Dis Sci* 1993; 9: 1581-1589.