



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR. ANTONIO FRAGA MOURET” CMN LA RAZA**

*“IMPACTO DE LA CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE ENVÍO
DE SEGUNDO NIVEL Y DIAGNÓSTICO DE LA CONSULTA DE
COLOPROCTOLOGÍA DURANTE 2017 – 2021”*

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN COLOPROCTOLOGÍA

PRESENTA:

DR. GUTIÉRREZ DURANTE JOSÉ GALAOR

ASESOR:

DR. PICHARDO FARFÁN MIGUEL ÁNGEL



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Ceniceros Rodrigo Alberto

Titular del curso Universitario de Coloproctología

Dr. Pichardo Farfán Miguel Ángel

Asesor/ Profesor adjunto

Dr. José Galaor Gutiérrez Durante

Residente de Segundo año de Coloproctología

No protocolo: R- 2022-3501-085

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	4
II.	INTRODUCCIÓN.....	6
III.	MATERIAL Y METODOS	11
A)	DISEÑO.....	11
B)	CRITERIOS DE SELECCIÓN	11
IV.	RESULTADOS.....	13
V.	DISCUSIÓN	21
VI.	CONCLUSIÓN.....	24
VII.	BIBLIOGRAFÍA.....	25
VIII.	ANEXOS.....	28

I. RESUMEN

Título: Impacto de la concordancia entre el diagnóstico de envío de segundo nivel y diagnóstico de la consulta de coloproctología durante 2017 – 2021.

Introducción: El diagnóstico de la patología anorectal, debe ser preciso desde el segundonivel de atención para dar un tratamiento oportuno. **Material y Métodos:**

Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, incluyó pacientes con patología anorectal, diagnosticados en segundo nivel de atención, enviados a la UMAE en un periodo de 5 años del 2017 al 2021. El objetivo fue determinar la concordancia entre diagnóstico de envío y el diagnóstico coloproctológico junto con la rectosigmoidoscopia rigida. Se registraron las variables: edad, sexo, signos y síntomas, tiempo de envío, diagnóstico de envío, diagnóstico coloproctológico y rectosigmoidoscópico. Se analizaron y evaluaron resultados mediante estadísticas descriptiva y analítica; . **Resultados:** De 350 pacientes, 168 fueron hombres y 182 mujeres. La edad media fue 52.5 años. El signo y el síntoma más común fue rectorragia (24.3%), seguido de exudado (22.9%). El diagnóstico de envío más frecuente fue enfermedad hemorroidal (53.4%) seguido de fístula (12%). Para el diagnostico coloproctologico lo más comun fue fistula anorrectal (30.9%), seguido de fisura anal (23.1%). La concordancia entre diagnóstico de envío y diagnóstico coloproctológico fue (0.205 Kappa) en ambas con $p=0.000$ y la concordancia entre diagnostico coloproctologico y rectosigmoidoscopia fue (0.761 Kappa) con $p=0.000$. **Conclusión:** La concordancia (Kappa) entre el diagnóstico de envío de segundo nivel de atención y el diagnóstico dado por el médico especialista en coloproctología es bajo.

Palabras Claves: diagnóstico; patología anorectal; rectosigmoidoscopia; coloproctología.

SUMMARY

Title: Impact of the concordance between the diagnosis of second level referral and diagnosis of the coloproctology consultation during 2017 - 2021. **Introduction:** The diagnosis of anorectal pathology must be accurate from the second level of care to provide timely treatment. **Material and Methods:** Descriptive, cross-sectional and retrospective study, included patients with anorectal pathology, diagnosed at the second level of care, sent to the UMAE in a period of 5 years from 2017 to 2021. The objective was to determine the concordance between diagnosis of referral and coloproctological diagnosis together with rigid rectosigmoidoscopy. The variables used were: age, sex, signs and symptoms, delivery time, delivery diagnosis, coloproctological and rectosigmoidoscopic diagnosis. **Results:** were analyzed and evaluated using descriptive and analytical statistics; and conclusions were published. Results: Of 350 patients, 168 were men and 182 women. The mean age was 52.5 years. The most common sign and symptom was rectal bleeding (24.3%), followed by exudate (22.9%). The most frequent referral diagnosis was hemorrhoidal disease (53.4%) followed by fistula (12%). For the coloproctological diagnosis, the most common was anorectal fistula (30.9%), followed by anal fissure (23.1%). The concordance between the referral diagnosis and the coloproctological diagnosis was (0.205 Kappa) in both with $p=0.000$ and the concordance between the coloproctological diagnosis and rectosigmoidoscopy was (0.761 Kappa) with $p=0.000$. **Conclusion:** The concordance (Kappa) between the diagnosis sent to the second level of care and the diagnosis given by the specialist in coloproctology is low.

Keywords: diagnosis; anorectal pathology; rectosigmoidoscopy; coloproctology.

II. INTRODUCCIÓN

Existe un diverso grupo de patologías con respecto a las enfermedades anorrectales las cuales afectan en diferentes grados y en diferentes grupos poblacionales a nivel mundial, algunas de estas patologías están relacionadas a factores genéticos, pero muchas otras se ven relacionadas con el estilo de vida.
1,2,4

Factores como el género masculino, la edad, la ubicación geográfica e incluso el nivel socioeconómico están relacionadas con las enfermedades del intestino bajo.²

De manera general las enfermedades de intestino bajo, presentan una mayor prevalencia en países desarrollados y un poco menor en países subdesarrollados, sin embargo dentro de un mismo país esta frecuencia puede variar de acuerdo al tipo de población y estilo de vida.²

Para el diagnóstico de las patologías de colon y recto se ha presentado un gran avance, esto debido a la innovación en los métodos de visualización directa, como lo son la colonoscopia y rectosigmoidoscopia.³

Rectosigmoidoscopia

La Rectosigmoidoscopia se describe como la técnica de observación directa bajo un instrumento el cual permite la evaluación del recto así como una porción del colon sigmoide.³ Este estudio es ideal para la identificación de lesiones, tumores, sangrados, cambios en la mucosa entre otras, que no permitirá dar un diagnóstico e incluso algún abordaje terapéutico o toma de biopsia.⁴

El rectosigmoidoscopio rígido es un instrumento de metal o plástico que mide 25 cm de largo y entre 11 y 19 mm de diámetro. Está equipado con una fuente de luz y una conexión para la insuflación de aire. Además, cuenta con una ventana provista de una lente de aumento en su porción más proximal, la cual magnifica las imágenes macroscópicas de la mucosa y facilita la aspiración de contenido

intestinal o la introducción de algún instrumento en caso de que fuera necesaria la toma de biopsias o la resección de algunos pólipos. El rectosigmoidoscopio rígido cuenta con un émbolo ligeramente mayor de punta roma que permite su introducción por el conducto anal.^{4,5,6}

Patologías del colon y recto

Enfermedades inflamatorias intestinales

La enfermedad inflamatoria intestinal inespecífica agrupa dos patologías principales las cuales son colitis ulcerativa crónica inespecífica (CUCI) y la enfermedad de Crohn, las cuales son enfermedades que se caracterizan por la inflamación de la pared del tracto digestivo. Estas patologías suelen presentarse en la juventud y mantenerse a lo largo de la vida con periodos de exacerbación y remisión; suelen tener un componente familiar y étnico y requieren de un manejo estricto con seguimiento constante por la consulta así como colonoscopias de seguimiento y estudios de laboratorio.⁷

Pólipos

Los pólipos de colon son toda prominencia de tejido la cual protruye hacia la luz de este órgano, es decir, son una especie de "abultamiento" los cuales salen en la mucosa que recubre interiormente el intestino grueso. Se dividen según su aspecto: en pediculados los cuales tienen un tallo y sesiles aquellos que no lo tienen. Es importante también su tamaño y su número. Si son más de 100, hablamos de poliposis. El resto de sus características se definen con el examen histopatológico.¹⁰

Hemorroides

Se definen como dilataciones de los plexos hemorroidarios superior e inferior. Están localizadas en los últimos centímetros del recto, sobre el conducto anal y en el recto. Estas forman parte de la anatomía normal de la región y al sufrir alteraciones y producir síntomas se establece la enfermedad.¹¹

Las hemorroides son la patología más frecuente de la región anal con respecto a otras enfermedades del recto y son más prevalente en mujeres; su incidencia es mayor a partir de los 45 años y la prevalencia se calcula en hasta 50% de la población adulta.¹¹

Absceso anal y fístula anal.

Los abscesos y las fístulas anales son, en la mayoría de las ocasiones, estadios sucesivos de una enfermedad supurativa. El absceso supone la fase aguda y la fístula la fase crónica.¹²

Los abscesos anorrectales se definen como una acumulación de material purulento en una región o espacio cercano al ano o al recto el cual puede drenar su contenido a través de un orificio en la piel perianal o en la mucosa rectal, pudiendo en consecuencia dar origen a la formación de una fístula.^{13, 14,}

La gran mayoría de los abscesos anales se originan de una glándula anal infectada. Estas glándulas se localizan en la base de las criptas anales, a nivel de la línea dentada. En general, existen entre 6 y 8 glándulas anales, las cuales tienen como función normal la lubricación del canal anal; la obstrucción de estas criptas anales dan como resultado estasis de la secreción glandular con una subsecuente infección por los gérmenes fecales presentes en su interior.^{12,15}

Definimos a la fistula como un conducto de paredes fibrosas infectadas que comunica una cripta anal con la piel o con la luz del recto; el orificio localizado en la cripta anal se denomina primario o interno, y el cutáneo, secundario o externo.^{12,13,14}

La infección de las glándulas anales (origen criptoglandular) es la causa de más del 95% de los pacientes portadores de un absceso anal, con la posibilidad de la formación de una fístula, que se denomina inespecífica, a diferencia de las específicas, que tienen una etiología diferente como la enfermedad de Crohn, tuberculosis, carcinoma rectal, carcinoma anal, actinomicosis, entre otras.^{12,14}

Para evitar complicaciones de estas patologías es de suma importancia su correcta y adecuada identificación, diagnóstico y tratamiento, ya que pueden generar procesos sépticos más graves, iatrogenia o el desarrollo de fístulas complejas más difíciles de tratar.^{12,15}

Fisura anal

La fisura anal se define como una ulceración epitelial comisural del conducto anal la cual se encuentra asociada con una contractura del esfínter interno que causa dolor y hemorragia anal. Es una de las enfermedades mas frecuentes de la consulta proctológica, que suele afectar en su gran mayoría adultos jóvenes, pero puede ser en cualquier edad, predomina en el genero femenino 4:1.^{16,22}

Esta patología es una de las más comunes que podemos encontrar en la consulta del medico familiar, así como del cirujano general y el gastroenterólogo que en muchas ocasiones no se diagnostica adecuada u oportunamente. En México un estudio retrospectivo en la Ciudad de Tamaulipas, en un periodo de 10 años se atendieron 416 pacientes con esta patología. En el Hospital General de México, en la unidad de coloproctología, durante el 2013, se concluyo que la fisura anal constituyó la tercera causa de consulta, con un promedio de 20 pacientes por mes que requirieron de tratamiento quirúrgico mediante esfinterotomía lateral interna parcial.¹⁶

Hemorragia digestiva baja

La hemorragia digestiva baja tiende a ser un reto diagnóstico ya que puede involucra diferentes patologías sangrantes como malformaciones vasculares, divertículos y neoplasias entre otras. Representa el 20% de las hemorragias del tubo digestivo y puede ocurrir en cualquier edad.¹⁷

Arévalo-Díaz y cols.⁴ en México, realizaron un análisis de la concordancia entre el diagnóstico endoscópico y el histopatológico de igual manera consideraron las razones del estudio, sus características endoscópicas y morfológicas. Cabe

mencionar que la mayoría de los participantes fueron mujeres, y las principales causas para realizar el estudio incluyeron el sangrado de tubo digestivo bajo, el tamizaje para cáncer de colon y la sospecha de pólipos.

En Reino Unido, Sorelli y cols.¹⁹ evaluaron la efectividad de las clínicas para referir a los pacientes a sigmoidoscopia. Los criterios para referencia incluían una edad mayor a 40 años, sangrado, cambios en el hábito intestinal persistente, anemia inexplicable entre otros. Dicho protocolo consistió revisar todas las notas clínicas y de referencia de los pacientes enviados a sigmoidoscopia, los cuales al llegar fueron entrevistados nuevamente y una vez preparado el colon se realizó la sigmoidoscopia flexible; posteriormente se analizaron y compararon los resultados. Los resultados obtenidos fueron un 82% de referidos que cumplían con criterios, de esos el 47% de los referidos contaban con una patología detectable por sigmoidoscopia y el 74% de ellos requirió estudios adicional, así mismo la tasa de hallazgo de cáncer fue de 6% lo cual es compatible con la prevalencia en ese país.

Sabemos que la valoración por observación directa nos provee de claridad y una gran información para el diagnóstico así como para dirigir el tratamiento, es importante tomar en cuenta el estudio de Cheung y cols.²¹, quienes reportaron un 12.1% de prevalencia de cáncer en pacientes que habían sido evaluados por colonoscopia en la cual se había descartado la presencia de cáncer; en ellos el pronóstico fue desfavorable ya que una vez detectado se encontraba en etapas avanzadas. Estos resultados se asociaron a la edad avanzada, al sexo femenino, edad avanzada, comorbilidades, cáncer del lado derecho del colon, procedimientos electivos y volumen de colonoscopias.

III. MATERIAL Y METODOS

A) DISEÑO:

Retrospectivo, transversal, descriptivo, abierto, observacional en el Departamento de Coloproctología del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del 1 de Enero del 2017 al 31 Diciembre del 2021.

Universo de estudio:

Pacientes entre las edades de 18 a 90 años que pertenezcan a la población tratada por Coloproctología, con expediente clínico completo del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

B) CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Pacientes de ambos géneros

Pacientes entre los 18 y 90 años de edad

Pacientes adscritos al HECMNR

Pacientes de primera vez tratados por el servicio de Coloproctología

Pacientes con expedientes clínicos completos

Criterios de exclusión:

Pacientes con protocolo de estudio incompleto

Pacientes sin resctosigmoidoscopia rígida.

Procedimiento

Se identificaron los pacientes con patología anorrectal obtenidos del registro de censos del la jefatura del servicio de Coloproctología del HECMNR, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión ya mencionados y establecidos en el presente protocolo, una vez obtenida dicha información se realizó la revisión del expediente clínico electrónico y se registraron las variables.

Los datos se registraron en un instrumento diseñado para ello.

Instrumentación

Para la realización de las restosigmoidoscopias se puede contar con aparatos rígidos o flexibles, los rígidos como son el anoscopio, rectoscopio y rectosigmoidoscópico, tienen como objetivo realizar exploraciones anorrectales y complementar diagnóstico, así como tomo de biopsia en caso necesario.

Preparación

La rectosigmoidoscopia es una exploración que requieren de la preparación del paciente ya que el colon y recto normalmente se encuentra lleno de heces, debido a esto es necesario realizar la limpieza previa al procedimiento ya que de otra forma la visualización se encontraría limitada y se podrían omitir lesiones, por lo que es necesario el uso de enemas evacuantes.

Análisis estadístico

Al obtener los datos necesarios para llevar a cabo la investigación, se clasificaron los resultados con base al reporte de consulta externa a través del expediente electrónico. Se realizaron las revisiones necesarias para obtener las tres patologías anorrectales de mayor prevalencia en esta población.

En este estudio se realizó la captura de datos bajo los criterios de inclusión establecidos; en una hoja de excel para realizar un análisis estadístico descriptivo aplicando las medidas de tendencia central ; Media (X), Mediana (Me), Rango (R), e intervalo de confianza de 95%, se llevó a cabo por medio del paquete estadístico IBM SPSS- Versión 29.0

Se realizó el Test estadísticos de Kappa de Cohen con una $p \leq 0.05$ para la significancia estadística, con la finalidad de determinar la concordancia diagnóstica así como posibles complicaciones o recidivas.

IV. RESULTADOS

Fueron un total de 350 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

La edad media fue 52.58, mínima 18, máxima 87.

De éstos, 168 (48%) fueron hombres y 182 (52%) mujeres.

Los detalles se muestran en la tabla 1 y 2

Tabla 1 : muestra el sexo de los pacientes incluidos en el estudio

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MASCULINO	168	48,0	48,0	48,0
	FEMENINO	182	52,0	52,0	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Tabla 2 : muestra la edad de los pacientes incluidos en el estudio

		EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18	1	,3	,3	,3
	22	2	,6	,6	,9
	23	1	,3	,3	1,1
	24	3	,9	,9	2,0
	25	7	2,0	2,0	4,0
	26	4	1,1	1,1	5,1
	27	8	2,3	2,3	7,4
	28	3	,9	,9	8,3
	29	1	,3	,3	8,6
	30	5	1,4	1,4	10,0
	31	6	1,7	1,7	11,7
	32	2	,6	,6	12,3
	33	4	1,1	1,1	13,4
	34	3	,9	,9	14,3
	35	4	1,1	1,1	15,4
	36	6	1,7	1,7	17,1
	37	12	3,4	3,4	20,6
	38	3	,9	,9	21,4
	39	3	,9	,9	22,3
	40	5	1,4	1,4	23,7
	41	3	,9	,9	24,6
	42	8	2,3	2,3	26,9
	43	13	3,7	3,7	30,6
	44	4	1,1	1,1	31,7
	45	3	,9	,9	32,6
	46	8	2,3	2,3	34,9
	47	3	,9	,9	35,7
	48	9	2,6	2,6	38,3
	49	6	1,7	1,7	40,0
	50	12	3,4	3,4	43,4
	51	5	1,4	1,4	44,9

52	9	2,6	2,6	47,4
53	9	2,6	2,6	50,0
54	12	3,4	3,4	53,4
55	10	2,9	2,9	56,3
56	4	1,1	1,1	57,4
57	13	3,7	3,7	61,1
58	12	3,4	3,4	64,6
59	15	4,3	4,3	68,9
60	6	1,7	1,7	70,6
61	5	1,4	1,4	72,0
62	5	1,4	1,4	73,4
63	7	2,0	2,0	75,4
64	7	2,0	2,0	77,4
65	8	2,3	2,3	79,7
66	3	,9	,9	80,6
67	2	,6	,6	81,1
68	3	,9	,9	82,0
69	8	2,3	2,3	84,3
70	9	2,6	2,6	86,9
71	3	,9	,9	87,7
72	3	,9	,9	88,6
73	10	2,9	2,9	91,4
74	1	,3	,3	91,7
75	3	,9	,9	92,6
76	1	,3	,3	92,9
77	3	,9	,9	93,7
78	2	,6	,6	94,3
79	3	,9	,9	95,1
80	5	1,4	1,4	96,6
81	4	1,1	1,1	97,7
82	1	,3	,3	98,0
84	2	,6	,6	98,6
85	1	,3	,3	98,9
86	3	,9	,9	99,7
87	1	,3	,3	100,0
Total	350	100,0	100,0	

Con respecto a la sintomatología de los pacientes, la mayoría de los pacientes presentaron rectorragia como primer sintoma y exudado en segundo lugar. Los detalles se muestran en la tabla 3.

Tabla 3: muestra los síntomas de los pacientes incluidos en el estudio

		SÍNTOMAS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	RECTORRAGIA	85	24,3	24,3	24,3
	DOLOR ANAL	44	12,6	12,6	36,9
	PRURITO	5	1,4	1,4	38,3
	SENSACION CUERPO EXTRAÑO	16	4,6	4,6	42,9
	EXUDADO	80	22,9	22,9	65,7
	2 O MAS	120	34,3	34,3	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Tabla 4: análisis estadístico de la edad, sexo y síntomas

		Estadísticos		
		EDAD	SEXO	SINTOMAS
N	Válido	350	350	350
	Perdidos	0	0	0
Media		52,58	1,52	3,92
Mediana		53,50	2,00	5,00
Moda		59	2	6
Mínimo		18	1	1
Máximo		87	2	6

Para el diagnóstico de envío, la mayoría de los pacientes se enviaron con un diagnóstico de enfermedad hemorroidal seguido de fistula anorrectal. Los detalles se muestran en la tabla 5.

Tabla 5: muestra los diagnósticos de envío de los pacientes incluidos en el estudio

DIAGNÓSTICO DE ENVÍO

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	187	53,4	53,4	53,4
	FISTULA	42	12,0	12,0	65,4
	FISURA	27	7,7	7,7	73,1
	ABSCESO	38	10,9	10,9	84,0
	TUMOR ANORRECTAL	17	4,9	4,9	88,9
	CONDILOMAS	12	3,4	3,4	92,3
	PROCTALGIA FUGAX	4	1,1	1,1	93,4
	INCONTINENCIA	9	2,6	2,6	96,0
	PROCTITIS	4	1,1	1,1	97,1
	POLIPO RECTAL	10	2,9	2,9	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Con respecto al diagnóstico coloproctológico realizado en la consulta de coloproctología de la unidad junto con el apoyo de la rectosigmoidoscopia rígida lo más común fue que los pacientes presentaran fistula anorrectal, los detalles se muestran en la tabla 6 y 7.

Tabla 6: muestra los diagnósticos en la consulta coloproctología de los pacientes incluidos en el estudio

DIAGNÓSTICO DE COLOPROCTOLOGÍA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	68	19,4	19,4	19,4
	FISTULA	108	30,9	30,9	50,3
	FISURA	81	23,1	23,1	73,4
	ABSCESO	11	3,1	3,1	76,6
	TUMOR ANORRECTAL	27	7,7	7,7	84,3
	CONDILOMAS	12	3,4	3,4	87,7
	PROCTALGIA FUGAX	3	,9	,9	88,6
	INCONTINENCIA	17	4,9	4,9	93,4
	PROCTITIS	17	4,9	4,9	98,3
	POLIPO RECTAL	6	1,7	1,7	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Tabla 7: muestra el diagnóstico rectosigmoidoscópico de los pacientes incluidos en el estudio.

RECTOSIGMOIDOSCOPIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO APLICA	69	19,7	19,7	19,7
	ENFERMEDAD HEMORROIDAL	67	19,1	19,1	38,9
	FISTULA	107	30,6	30,6	69,4
	FISURA	32	9,1	9,1	78,6
	TUMOR ANORRECTAL	27	7,7	7,7	86,3
	CONDILOMAS	8	2,3	2,3	88,6
	PROCTALGIA FUGAX	1	,3	,3	88,9
	INCONTINENCIA	16	4,6	4,6	93,4
	PROCTITIS	17	4,9	4,9	98,3
	POLIPO RECTAL	6	1,7	1,7	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

La concordancia del diagnóstico de envío de segundo nivel con el diagnóstico dado en la consulta de coloproctología fue de 0.205 Kappa y el diagnóstico dado en la consulta de coloproctología con la rectosigmoidoscopia rígida fue de 0.761 Kappa, con una $p=0.000$.

Los detalles se muestran en la tabla 8

Tabla 8: muestra la concordancia entre diagnóstico de envío y diagnóstico coloproctológico.

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,205	,030	10,096	<,001
N de casos válidos		350			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

Tabla 9: muestra la concordancia entre diagnóstico de coloproctología con la rectosigmoidoscopia.

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada
Medida de acuerdo	Kappa	,761	,024	35,731	<,001
N de casos válidos		350			

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

La atención de pacientes con patología anorrectal en el segundo nivel de atención es de suma importancia, ya que es ahí en donde inicia el primer contacto y una vez identificados se puedan referir al servicio de coloproctología en tiempo y forma, para así evitar complicaciones de estas patologías o recidivas de la misma.

De igual manera la importancia radica en que la identificación de un paciente con patología anorrectal de manera temprana, certera y oportuna puede evitar complicaciones severas en los pacientes incluso evitar hasta la muerte.

En México, el paciente con patología anorrectal acude a consulta en forma tardía, lo que empeora el pronóstico, esto también ocasionado por los diferentes estigmas sociales asociados a la patología lo que desalienta e intimida al paciente a buscar ayuda especializada en su atención.

En este estudio donde se incluyeron 350 pacientes con patología anorrectal diagnosticados inicialmente en el segundo nivel de atención, y posteriormente enviados a tercer nivel para atención y diagnósticos definitivos, la edad media de los pacientes fue 52.58 años. Esto concuerda con algunos estudios sobre patología anorrectal que mencionan que la patología del ano-recto se presenta más frecuentemente en la sexta década de la vida⁽¹⁵⁾. Sin embargo otros estudios mencionan que la frecuencia mayor es en la quinta década de la vida.⁴

En cuanto al sexo, se encontró un ligero predominio de presentación con 52% para mujeres y 48 % para hombres, en la literatura mundial menciona que esta patología se presenta en proporción igual en hombres y mujeres. Aunque algunos autores mencionan un predominio ligero sobre mujeres (58%) comparado con 42% en hombres, lo cual concuerda con nuestro estudio.⁴

De acuerdo a los resultados de este estudio, se pudo observar que el síntoma más común fue la el rectorragia en 24.3 % de los pacientes, seguido de exudado en 22.9% y dolor anal en 12.6%. Con respecto al exudado y la

rectorragia concuerda con los estudios consultados en la literatura ya que la gran mayoría mencionan que estos son los signos más comunes reportados o presentados en los pacientes, de igual manera en la literatura mundial se reporta en las diferentes patologías la presencia de más de dos síntomas acompañados¹³. Esto concuerda con nuestro estudio ya que la presencia dos o más síntomas predominó importantemente en los pacientes estudiado con un 34.3%

Para el diagnóstico de envío reportado con mayor frecuencia, fue la enfermedad hemorroidal en un 53.4%, seguido de fístula con un 12% y finalmente el absceso en un 10.9%. De igual manera esto concuerda con los estudios revisados ya que la enfermedad hemorroidal fue la más predominante

En la revisión bibliográfica no se encontró ningún artículo que hable sobre concordancia entre diagnóstico de segundo nivel de atención y diagnóstico de tercer nivel de atención en coloproctología. En este estudio, se encontró una concordancia baja, con un valor de (0.205, Kappa) para estos diagnósticos. Esto se traduce en que la valoración a estos pacientes en el segundo nivel de atención no es adecuada, y esto se podría atribuir a una exploración clínica mal dirigida o mal enfocada al órgano a revisar, de igual manera por una falta de equipo especializado, o incluso a exceso de trabajo.

Se observó que la concordancia entre el diagnóstico coloproctológico con la rectosigmoidoscopia fue buena con valor de (0.761, Kappa) lo cual nos demuestra que una exploración bien dirigida a los síntomas nos ayudara a tener una buena precisión en el diagnóstico.

Es importante mencionar que la rectosigmoidoscopia no solo tiene valor diagnóstico sino también nos sirve para evaluar características endoluminales y de esta manera la posibilidad de tomar biopsias o dar tratamientos locales, así como dirigir el tratamiento definitivo del paciente y establecer el pronóstico, es por eso que una referencia adecuada en tiempo y forma al servicio de

coloproctología para un revisión detallada e instrumentada, tiene un mejor impacto en su pronóstico.

Debilidades del estudio: por el tipo de estudio, se pudieron haber perdido una cantidad de pacientes, tanto en su envío como en el seguimiento de los pacientes.

Una fortaleza de este estudio es la muestra de pacientes, que permitió obtener resultados adecuados.

VI. CONCLUSIÓN

La concordancia entre el diagnóstico de envío de segundo nivel de atención de pacientes con enfermedad anorectal, y el diagnóstico que integra el médico especialista en coloproctología es baja. por lo que se debe mejorar la calidad en la atención de la patología anorrectal en segundo nivel con una adecuada capacitación del cirujano General e incrementar el número de plazas para el coloproctólogo lo que permitirá resolver la patología en forma oportuna

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega F, Naranjo MA. Prevalencia de enfermedades gastrointestinales diagnosticadas por endoscopia en niños atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Metropolitano de Quito en el período de 1 año. USFQ 2011.
2. García EV, Martínez R, García-Menocal JL, Ruiz J, Brizuela R, Anido VM. Enfermedades del colon más frecuentes en nuestro medio. Terapéutica endoscópica. Revista Mexicana de Coloproctología 2011; 17:6-9.
3. Arévalo-Díaz R, Torices-Escalante E, Domínguez-Camacho L, Ureña-Álvarez A. Concordancia entre el diagnóstico endoscópico y el diagnóstico histopatológico de pólipos colónicos. Endoscopia 2018; 30(2): 47-54.
4. Colombel JF, Ordás I, Ullman T, Rutgeerts P, Cai A, O'Byrne S, Lu TT, Panés J. Agreement between rectosigmoidoscopy and colonoscopy analyses of disease activity and healing patients with ulcerative colitis. Gastroenterology 2015; 1-5.
5. Ferreira EJ, Meléndez HJ. Características clínicas, demográficas e histopatológicas de los pacientes con cáncer colorrectal del Hospital Universitario de Santander. Revista Colombiana de Cirugía 2012; 27(3): 213-220.
6. Acuña R. Patología Colorrectal. Rev Med Clin condes 2014; 25(1): 114-121.
7. Repiso A, Alcántara M, Muñoz-Rosas C, Rodríguez-Merlo R, Pérez-Grueso MJ, Carroble JM, Martínez-Potenciano JL. Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn. Prevalencia y factores relacionados. Rev Esp Enferm Dig 2016; 98(7): 510-517.
8. Rahmer A, Pattillo JC. Manual de Patología Quirúrgica. Pontificia Universidad Católica de Chile 2019.
9. Yamamoto JK, Gutiérrez Y, López JG, Bosques F, Rocha JL. Consenso Mexicano para el diagnóstico y tratamiento de la colitis ulcerosa crónica idiopática. Revista de Gastroenterología de México. 2018; 83(2): 144-167.

10. Cirujanos AE de. Manual AEC de proctología para atención primaria. Luis RRJ, editor. España: Asociación Española de cirujanos; 2014.
11. Davies D, Bailey J. Diagnosis and Management of Anorectal Disorders in the Primary Care Setting. Prim Care - Clin Off Pract [Internet]. 2017;44(4):709–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.012>
12. Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 2013.
13. Bach HH, Wang N, Eberhardt JM. Common anorectal disorders for the intensive care physician. J Intensive Care Med. 2014;29(6):334–41.
14. Diagnóstico y tratamiento de la fisura anal en el adulto. México: Secretaría de Salud; 26/marzo/2015.
15. David R de Rungs Brown, M. R. (2014). Manejo de la hemorragia de tubo digestivo bajo. Acta Médica Grupo Ángeles, 194-202.
16. Lin JS, Piper MA, Perdue LA, Rutter C, Webber EM, O'Connor E, Smith N, Whitlock EP. Screening for Colorectal Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 135. AHRQ Publication No. 14-05203-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
17. Sorelli PG, Illiadis AD, Payne JG. The effectiveness of a rapid-access flexible sigmoidoscopy clinic in a district hospital. IntSurg 2014; 99: 374-378.
18. Castañeda SF, Gallo LC, Nodora J, Talavera GA, Penedo FJ, Evenson KR, López-Gurrola M, Smoller-Wasserthell S, Sanchez-Jonsen LAP, González P, Perreira KM, Gupta S. Colorectal cancer screening among Hispanic/Latinos in the HCHS/SOL sociocultural ancillary study. Preventive Medicine Reports 2019; 15: 100947.
19. Cheung D, Evison F, Patel P, Trudgill N. Factors associated with colorectal cancer occurrence after colonoscopy that did not diagnose colorectal cancer. GastrointestEndosc 2016; 1-9.
20. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto. México: Secretaria de Salud; 2013.

- 21.** American Medical Association. Anoscopy, proctosigmoidoscopy, flexible sigmoidoscopy, and colonoscopy. CPT 2017
- 22.** Ley General de Salud, título quinto, investigación para la salud. Artículos 100-101-102-103. Diario Oficial de la Federación [citado marzo 2022]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984
- 23.** Ley General de Salud, título segundo, distribución de competencias en salud. Artículos 17. Diario Oficial de la Federación [citado Junio 2022].

VIII. ANEXOS

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre NSS	Sexo	Edad actual	Síntomas	Tiempo	Diagnóstico de envío	Rectosigmoidoscopia	Diagnóstico en consulta externa	Tratamiento
1.-								
2.-								
3.-								
4.-								
5.-								
6.-								
7.-								
8.-								
9.-								
10.-								
11.-								
12.-								
13.-								
14.-								
15.-								
16.-								
17.-								
18.-								
19.-								
20.-								