



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 02**

**CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO
EN SÍNDROME DE COLÓN IRRITABLE Y SU CORRELACIÓN
CON EL IMPACTO ECONÓMICO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

JANETH JULISSA VICTORIA VARGAS

DIRECTORES DE TESIS

DR. GASPAR NAVA RAMÍREZ

DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA



CIUDAD DE MÉXICO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO EN SÍNDROME DE
COLÓN IRRITABLE Y SU CORRELACIÓN CON EL IMPACTO ECONÓMICO

AUTORIZACIONES

Vo.Bo.

DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

Vo.Bo.

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

Vo.Bo.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO EN SÍNDROME DE
COLÓN IRRITABLE Y SU CORRELACIÓN CON EL IMPACTO ECONÓMICO

AUTORIZACIONES

Vo.Bo.

DR. JOSE ELPIDIO ANDRADE PINEDA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 IMSS

Vo.Bo.

DR. GASPAR NAVA RAMIREZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO ES ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF No.2 IMSS
DIRECTOR DE TESIS

Vo.Bo.

DRA. VICTORIA VARGAS JANETH JULISSA
ALUMNA DE POSGRADO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

Agradecimientos

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a Dios quien con su bendición llena siempre mi vida, por darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mis padres por ser lo mejor de mi vida, mi pilar fundamental, por haber sido mi apoyo constante a lo largo de toda mi carrera universitaria y llenar mi vida con sus valiosos consejos

A mis hermanas por llenarme de alegría día tras día, por sus consejos brindados, su amor incondicional, gracias por siempre confiar en mi

A Hugo por estar conmigo siempre en cualquier momento y nunca dejarme sola.

A mis profesores por su apoyo y enseñanza que constituyen la base de mi vida profesional.

Contenido

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
MARCO TEORICO	9
JUSTIFICACIÓN	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	24
HIPOTESIS	25
OBJETIVOS	26
Objetivo General	26
Objetivos Específicos	26
MATERIAL Y MÉTODOS	27
Diseño del estudio	27
Población y lugar de estudio	27
Lugar de estudio	27
Tamaño de la muestra	28
DEFINICIÓN DE VARIABLES	30
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	37
RESULTADOS	38
DISCUSIÓN	49
CONCLUSIONES	52
REFERENCIAS	53
ANEXOS	59
Carta de no Inconveniente	59
Solicitud de Excepción de la Carta de Consentimiento Informado	60

CONGRUENCIA CLÍNICO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO EN SÍNDROME DE COLÓN IRRITABLE Y SU CORRELACIÓN CON EL IMPACTO ECONÓMICO.

RESUMEN

*Dra. Victoria Vargas Janeth Julissa, **Dr. Nava Ramírez Gaspar

Introducción: El síndrome de Intestino Irritable (SII) es un trastorno funcional gastrointestinal común que se aborda en distintos niveles asistenciales; atención primaria, consulta especializada y urgencias. A menudo tiene un curso benigno, sus síntomas gastrointestinales son recurrentes que se acompaña de dolor abdominal y alteraciones en el hábito de deposiciones y existe ausencia de trastornos metabólicos o estructurales. Aunque es una patología que no afecta la vida, tiene un gran impacto económico en el primer nivel de atención **Objetivo:** Determinar la congruencia clínico diagnóstico terapéutico en síndrome de colon irritable y su correlación con el impacto económico. **Material y métodos:** Estudio Transversal analítico, previo permiso de las autoridades se utilizó la plataforma SIMF para revisión de los expedientes de Derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No 17 con diagnóstico de SII; de los cuales se obtuvo los datos clínicos y el tratamiento referido en las notas. Se incluyó de manera probabilística una muestra de 278 pacientes con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable o Síndrome de colon irritable, se eliminaron pacientes con síndrome de mala absorción intestinal, con intolerancia a la lactosa y cuyo expediente clínico no esté completo. **Resultados:** Predominó la edad de 40 a 50 años (30.8%), el sexo femenino (62.0%), la enfermedad crónica de otros (23.6%), los síntomas de dolor abdominal (76.8%), la congruencia clínica-diagnóstico-terapéutica se presentó en el 33.6%, el impacto económico tuvo una media de 48.70 ± 33.02 pesos. Se halló una correlación positiva y baja entre impacto económico y congruencia clínica-diagnostico-terapéutica ($r= 0.244$, $p<0.0001$). **Conclusiones:** La congruencia clínica-diagnostico-terapéutica de los pacientes con síndrome de intestino irritable condiciona un incremento del impacto económico.

Palabras clave: Síndrome de Colon Irritable, Impacto económico, modificación en los hábitos alimenticios, constipación, diarrea y dolor.

ABSTRACT

Introduction: Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a common functional gastrointestinal disorder that is addressed at different levels of care; primary care, specialized consultation and emergencies. It often has a benign course, its gastrointestinal symptoms are recurrent, accompanied by abdominal pain and changes in bowel habits, and there is an absence of metabolic or structural disorders. Although it is a pathology that does not affect life, it has a great economic impact at the first level of care **Objective:** To determine the diagnostic clinical congruence in irritable bowel syndrome and its influence with the economic impact. **Material and methods:** Cross-sectional analytical study, with prior permission from the authorities, the SIMF platform was used to review the files of IMSS Beneficiaries attached to UMF No 17 with a diagnosis of IBS; from which the clinical data and the treatment referred to in the notes will be obtained. A sample of 278 patients with a diagnosis of irritable bowel syndrome or irritable bowel syndrome will be carried out in a probabilistic way, they will be eliminated with intestinal malabsorption syndrome, with lactose intolerance and whose clinical record is not complete. **Results:** The age of 40 to 50 years (30.8%), the female sex (62.0%), the chronic disease of others (23.6%), the symptoms of abdominal pain (76.8%) prevailed, the clinical-diagnostic-therapeutic congruence was presented in 33.6%, the economic impact had an average of 48.70 ± 33.02 pesos. A positive and low confirmation was found between economic impact and clinical-diagnostic-therapeutic congruence ($r= 0.244$, $p<0.0001$). **Conclusions:** The clinical-diagnostic-therapeutic congruence of patients with irritable bowel syndrome determines an increase in the economic impact.

Palabras clave: Síndrome de Colon Irritable, Impacto económico, modificación en los hábitos alimenticios, constipación, diarrea y dolor.

Residente de segundo año de especialización en medicina familiar, ** Médico familiar profesor titular del curso de especialización familiar

INTRODUCCIÓN

El síndrome del intestino irritable es un trastorno gastrointestinal funcional caracterizado por dolor o malestar abdominal asociado con patrones anormales de defecación. Aunque no es una causa de mortalidad significativa, se ha demostrado que el síndrome del intestino irritable está asociado con efectos perjudiciales significativos en la calidad de vida relacionada con la salud. El tratamiento definitivo de este trastorno sigue siendo difícil de alcanzar. Aunque se ha utilizado una variedad de agentes farmacológicos para tratar el síndrome del intestino irritable, pocos han estado sujetos a pruebas rigurosas. Como resultado de la alta prevalencia, el impacto perjudicial en la calidad de vida y la ausencia de una terapia curativa, el síndrome del intestino irritable tiene la potencial para crear una enorme presión económica sobre el sistema de atención de la salud.

Los costos totales y los componentes de costos del síndrome del intestino irritable están influenciados por varios factores: características del grupo de pacientes investigado (edad, limitación a los solicitantes de atención médica o a todos los pacientes con síndrome del intestino irritable, comorbilidad, gravedad de los síntomas), base de datos utilizada, método de recopilación de datos (retrospectivo o prospectivo), diferentes componentes de costos, punto temporal de recopilación de datos en relación con la fecha índice del diagnóstico de síndrome del intestino irritable, método de cálculo de costos [basado en la incidencia o la prevalencia] y diferentes sistemas de atención médica.

MARCO TEORICO

El síndrome de intestino irritable (SII) es un trastorno crónico recidivante más prevalente del tracto gastrointestinal. Esta enfermedad se caracteriza por dolor abdominal, distensión y cambios en el hábito intestinal. El término de colon irritable apareció por primera vez en la literatura médica cuando Jordan y Kiefer trataba de describir un trastorno musculoneural colónico presente en el 30% de los pacientes ambulatorios de gastroenterología. El primer caso de SII fue descrito por Osler en 1982 como colitis mucosa, los pacientes se quejaron de dolor abdominal y en los principales eran histérico, hipocondriacos o deprimidos ¹

En 1984, Cumming informo: “Los intestinos en un momento están estreñidos, otros laxos en la misma persona. No pretendo explicar como la enfermedad tiene 2 síntomas tan diferentes” ²

Es una entidad que afecta al 11% de la población, siendo una entidad funcional, crónica, recurrente que puede persistir toda la vida. Al ser una entidad con sintomatología variable, esta patología representa una importante carga para los sistemas de salud representando más del 30% de las consultas de gastroenterología, el 12% de la población que asiste a cuidado primario ³

Se presenta en todos los grupos de edad incluyendo niños y ancianos, aunque se presenta frecuentemente a la edad de 30 a 50 años, afecta tanto a hombres como mujeres, no obstante, aproximadamente el 60-75% de los afectados son mujeres y se presentan con mayor frecuencia en un nivel socioeconómico bajo. Se asocia a depresión, ansiedad, trastorno somatomorfo e ideación suicida, además a un menor desempeño laboral, teniendo un impacto económico negativo en el individuo, la sociedad y el sistema de salud. ⁴

Los trastornos gastrointestinales funcionales o los trastornos de la interacción intestinal-cerebro están relacionados con cualquier combinación de alteración de la motilidad, hipersensibilidad visceral, alterado de la mucosa gástrica

Existen varias explicaciones potenciales para esta variabilidad, incluidas las diferencias culturales, la genética y los hábitos dietéticos. ⁵

Dentro de la patología del SII es compleja y no se comprende por completo, los posibles factores de riesgos propuestos incluyen la genética, dieta, alteraciones de la microbiota intestinal, infecciones gastrointestinales y factores psicológicos. ⁶ Los eventos de la vida adversos tempranos pueden predisponer a un individuo a desarrollar el SII, estrés crónico, creencias negativas sobre los síntomas y las enfermedades y los mecanismos de afrontamiento desadaptativos pueden aumentar la frecuencia y la gravedad de los síntomas.

El sistema nervioso central es generado por señales interoceptivas desde el intestino y están modulados por factores emocionales (ansiedad, depresión), cognitivos (atención, creencias y expectativas) La activación alterada de las regiones cerebrales son responsables de los estímulos viscerales y somáticos que se observan en el SII. El sistema nervioso autónomo media la comunicación entre el intestino y el cerebro. En el SII, con frecuencia se observa una reducción en la actividad parasimpática y un aumento en la actividad del sistema nervioso simpático. El tono vagal reducido puede ser causado por el estrés y los impactos en la motilidad y la sensibilidad, y la inflamación periférica y la permeabilidad intestinal. ⁷

En el SII, la barrera epitelial, el microbiota intestinal, los antígenos alimentarios y los ácidos biliares dan lugar a respuestas anormales en los principales reguladores de las funciones sensoriales y motoras se relaciona con la patología.

En general una categoría de alimentos que contienen oligosacáridos fermentables, disacáridos, monosacáridos y polioles FODMAP son desencadenantes conocidos que empeoran los síntomas del SII debió a sus efectos osmóticos y de fermentación. Curiosamente, un metaanálisis encontró una mejoría de los síntomas después de una dieta baja en FODMAP. ⁸

Una dieta con FODMAP que incluyen fructosa (en exceso de glucosa), lactosa, polioles, fructanos y galacto-oligosacáridos, muestra individualmente que contribuye a los síntomas del SII. Los beneficios potenciales de restringir un espectro de FODMAP mostró que el 74% de los pacientes seleccionados con SII respondieron bien a la restricción de fructosa y fructanos. Los síntomas dependían de la dosis y la fructosa y los fructanos tenían efectos aditivos. ⁹

Las intervenciones dietéticas son difíciles debido a la complejidad de la dieta, un estudio represento la primera evidencia de alto nivel de que los FODMAP de la dieta, en forma de fructosa y fructanos, son desencadenantes para los síntomas en pacientes con SII, y que las dietas que restringen su nivel de ingesta pueden conducir a una mejora sintomática duradera.¹⁰

En cuestiones psicológicas no han demostrado provocar ni influir sobre la instalación del SII. La SII no es un trastorno psiquiátrico ni psicológico. Sin embargo, hay factores psicológicos que pueden intervenir en la percepción de gravedad de los síntomas abdominales.

Contribuir a empeorar la calidad de vida y el uso excesivo de servicios de salud.

pudiendo incluir, Ansiedad, Depresión, Somatización, Hipocondría.¹¹

Dentro de las manifestaciones clínicas digestivas y extradigestivas son:

El síndrome del intestino irritable (SII) se caracteriza por dolor abdominal crónico y hábitos intestinales alterados.

El dolor abdominal es generalmente como una sensación de calambres con intensidad variable y exacerbaciones periódicas y la ubicación y el carácter del dolor pueden variar ampliamente.

La gravedad del dolor puede variar de leve a severa, se relaciona con frecuencia con la defecación. Mientras que en algunos pacientes el dolor abdominal se alivia con la defecación, algunos pacientes informan que empeoran el dolor con la defecación.

El estrés emocional y las comidas pueden exacerbar los síntomas. Los pacientes con SII también informan frecuentemente hinchazón abdominal y aumento de la producción de gas en forma de flatulencia o eructo.

Hábitos intestinales alterados: los síntomas del SII incluyen diarrea, estreñimiento, diarrea y estreñimiento alterno, o hábitos intestinales normales que se alternan con diarrea y/o estreñimiento.

Diarrea: la diarrea generalmente se caracteriza como heces sueltas frecuentes de pequeñas a moderadas. La peristalsis generalmente ocurre durante las horas de vigilia, con mayor frecuencia por la mañana o después de las comidas. La mayoría están precedidos por el dolor de calambres abdominal inferior, la urgencia y una sensación de evacuación incompleta o Tenesmus. Aproximadamente la mitad de todos los pacientes con SII se quejan de alta mucosidad con heces.

Estreñimiento: las heces a menudo son duras Los pacientes también pueden experimentar Tenesmus incluso cuando el recto está vacío. ¹²

En el SII es muy frecuente el dolor abdominal por tal motivo una buena historia clínica y un examen físico enfocado conducirán a un diagnóstico diferencial de dolor abdominal. Los pacientes con dolor abdominal crónico pueden presentarse con una exacerbación aguda de un problema crónico o un problema nuevo y no relacionado. ¹³

Para un diagnóstico se utilizando criterios basados en síntomas, propuestos por la Fundación Roma en 1990. Que consiste en dolor abdominal asociado con un cambio en la forma o la frecuencia de las heces.

En reconocimiento de esta compleja interacción multifactorial, la Fundación Roma redefinió el SII como un trastorno de la interacción intestinal -cerebro y la última iteración fue Roma IV, publicada en 2016. ¹⁴

Los cuales son:

Dolor abdominal recurrente al menos 1 día/semana en los últimos 3 meses, con al menos dos de los siguientes criterios. Relacionado con la defecación. Asociado con un cambio en la frecuencia de las heces. Asociado con un cambio en la forma (aparición) de las heces. Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas comienzan a menos 6 meses antes del diagnóstico.

El diagnóstico del paciente con síndrome de intestino irritable requiere el uso de criterios diagnósticos, uso juicioso de estudios de laboratorio, endoscópicos e imagenología y una obtención de una historia biopsicosocial que incorpore no solo el registro de los síntomas físicos sino también el estado psicosocial del paciente y su relación con las quejas actuales. ¹⁵

Para el tratamiento, el paciente debe ser educado y ser consciente de la naturaleza del SII. Requiere un enfoque multidisciplinario individual y depende de los síntomas dominantes. No todos los pacientes responden al mismo tratamiento. Se debe prestar especial atención a los factores agravantes del SII. Como la nutrición, el estrés y los factores psicológicos. Algunos pacientes responden bien al tratamiento farmacológico, mientras que otros solo se requieren de una buena dieta o hábitos alimenticios. El tratamiento se basa en los síntomas más molestos del paciente. ¹⁶

La severidad de los síntomas del SII parece ser determinado por varios factores y en este estudio encontramos evidencia de contribución de visceral, sensibilidad ansiedad y género.

Una adecuada relación médico-paciente tiene efectos positivos en la mejoría global, la mejoría de los síntomas, la calificación de gravedad de los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con SII. Realizar preguntas abiertas que permitan que el enfermo exprese sus necesidades, escucharlo activamente y mostrar empatía. Se ha demostrado que tranquilizar a los pacientes sobre los miedos relacionados con su enfermedad durante la visita médica.

Otro paso importante en el manejo del SII es el ejercicio (20-60 min, 3-5 veces por semana) demostró en 2 estudios controlados que produce mejoría en la calificación de síntomas del SII, en la calidad de vida asociada al SII y que reduce el riesgo de empeoramiento de los síntomas.¹⁷

Dentro del manejo del SII existe un grupo heterogéneo de medicamentos llamados antiespasmódicos o espasmolíticos, que pueden actuar como relajantes musculares lisos directos, agentes anticolinérgicos (hioscina, bromuro de cimetropio, pirenzepina) y bloqueadores de los canales de calcio (citrato de alverina, bromuro de otilonio, bromuro de pinaverio).

Estos medicamentos se han utilizado en la terapia para el SII cuyo objetivo es reducir los síntomas condicionados por la defecación, adicionalmente, mejorar la consistencia de las heces y reducir la frecuencia de las deposiciones.

Bromuro de pinaverio: Es derivado del amonio cuaternario, se absorbe poco, y tiene efectos farmacológicos pronunciados en el tracto gastrointestinal. Basados en las recomendaciones de las guías de práctica clínica publicadas por la ACG, se da una recomendación fuerte a favor para el uso de bromuro de pinaverio para disminuir el dolor abdominal en pacientes con SII.

Trimebutina: Tiene una actividad espasmolítica única y muestra una actividad agonista no selectiva para los receptores opioides intestinales. Basados en las recomendaciones de las guías de práctica clínica publicadas por la ACG también se da una recomendación, que sugiere el uso de trimebutina para mejorar el dolor abdominal en pacientes con SII.

El objetivo de estos medicamentos es mejorar los síntomas de los pacientes, después de una revisión sistemática, que evalúan la eficacia del pinaverio en el tratamiento de los síntomas del SII resultado a favor de Pinaverium.

Por otra parte, se recomienda la fibra para la mejora general de los síntomas en pacientes con SII como Plantago Psyllium, se sugiere probiótico, tomados en grupos para mejorar los síntomas globales así como la distensión y la flatulencia en paciente con SII.¹⁹

Otro punto importante es la dieta baja en FODMAP son una gran clase de pequeños carbohidratos no digeribles que contienen solo 1-10 azúcares y son mal absorbido en el intestino delgado. Los FODMAP son comunes en una amplia gama de frutas, verduras, cereales, leche y productos lácteos, legumbres y edulcorantes que no son digeridas en la luz intestinal, actúan de diferentes maneras:

al aumentar el contenido de agua intestinal aumentan la producción de gas a través de la fermentación bacteriana y por lo tanto aumenta la producción de metabolitos bacterianos como los ácidos grasos de cadena corta (SCFA) lo que pueden provocar. Dolor abdominal, hinchazón, flatulencia y alteraciones del hábito intestinal.

Algunos de los alimentos prohibidos: productos del pan, galletas, harina de trigo, cebada, leche de vaca, leche de cabra, yogurt con lactosa, quesos frescos, mantequilla, crema, helado, coliflor, ajo, cebolla, hongos, brócoli, rábano, pimienta, frijoles, garbanzos, lentejas, manzana, pera, sandía, aguacate, cereza, pistache, agave, miel fructuosa, manitol, sorbitol.²⁰

Otras terapias se incluyen la rifaximina, la eluxadolina y el alosetron están indicados para el tratamiento de SII con diarrea y su eficacia en el tratamiento de la totalidad de los síntomas se ha demostrado en varios ensayos bien diseñados.²¹

La eluxadolina es un nuevo agente terapéutico que redujo los síntomas del SII con diarrea en hombres y mujeres, con una eficacia sostenida durante 6 meses en pacientes que recibieron la dosis de 100 mg dos veces al día.²²

Se recomienda los antidepresivos tricíclicos ATC para la mejoría en general de los síntomas en pacientes con SII. Se sugieren los ISRS. Terapias psicológicas (terapia conductual cognitiva dirigida por el proveedor, terapia de relajación y psicología multicomponente de terapia).

El SII no tiene mortalidad atribuible, pero es importante por el efecto que tiene sobre la calidad de vida y el gran número de personas que afecta y especialmente dentro de los sistemas de salud es importante considerar el impacto económico de una condición tan prevalente. El impacto económico está comprendido de los costos que se le atribuyen, en primer lugar, están los costos en los que incurre el paciente, el precio cobrado por el proveedor y en el que incurre un tercero que paga por la prestación de atención médica, como un gobierno, una aseguradora o una organización de mantenimiento de la salud.²³ Para calcular los costos sanitarios directos de cualquier afección, se debe medir la utilización de la atención médica de los pacientes con esa afección, una vez que se ha evaluado la cantidad de utilización de atención médica, se puede calcular el costo de esta atención.

El síndrome de colon irritable es uno de los trastornos de salud más frecuentes, tiene un alto impacto económico, se requieren de estudios para establecer los costos totales en México tomando en cuenta las consultas médicas, hospitalizaciones, emergencias, medicamentos y cuantificar el impacto económico directo del SII.

Los medicamentos recetados forman los costos de atención médica para el proveedor, el servicio de salud. Los medicamentos recetados con mayor frecuencia son antiespasmódicos y laxantes con un 30%, antidiarreicos el 6% y antidepresivo 3%

Además de acortar los tiempos del abordaje diagnóstico y terapéutico del SII es esencial para minimizar el impacto socioeconómico de esta enfermedad. La falta de un tratamiento que cubra todos los síntomas del SII es a menudo señalada por los médicos como un inconveniente para una aproximación terapéutica adecuada de estos pacientes. Esto constituye una dificultad para el cumplimiento del tratamiento asociado con unos costes indirectos muy significativos.

Un estudio realizado por el consenso latinoamericano LATAM sobre el SII, planteando el abordaje diagnóstico y tratamiento de este trastorno donde el escrutinio diagnóstico debe limitarse a ciertas pruebas de laboratorio y se debe realizar colonoscopia ante signos de alarma.

Basado en un estudio previo en México, se ha encontrado que el costo por año es estudio de laboratorio, imagen y endoscopia va de 1,080 dólares en medicina institucional, hasta 3.121 dólares en medicina privada y que, si se utilizan las recomendaciones de consenso

LATAM sobre el SII, este ahorro puede llegar a ser de 66% a 90% y se puede disminuir el impacto económico del mismo. Los conceptos de costo, calidad en el sistema de salud son fundamentales para poder llevar una buena respuesta en salud. No siempre al hablar de alto costo estamos haciendo referencia a calidad. La calidad se mide según cada paciente y necesidad y los costos son justificados si ese individuo recupera mejorar su calidad en salud.

El objetivo para los profesionales de la salud es mejorar la calidad de vida empleando los recursos cuyos costos sean los necesarios para realizar una excelente gestión manteniendo la unión entre financiador prestador y afiliado.

El análisis de la economía de la salud los costos los podemos dividir en directos o indirectos, los directos son todos los bienes de uso, servicios y los costos indirectos son la pérdida de productividad resultado de la ausencia de un empleado debido a una enfermedad.

Aunque el SII no es una afectación que amenaza la vida, se ha demostrado que tiene un impacto grave y costoso en el primer nivel de atención. Donde se tiene un buen enfoque de gestión para reconocer la complejidad de cada paciente y centrar el tratamiento de los síntomas.²⁴

El control inadecuado de los síntomas es altamente prevalente entre los pacientes que reciben el tratamiento del SII y se asocia con una carga económica substancial.

Tratar a los pacientes efectivamente temprano en el manejo de su condición podría reducir potencialmente el uso de recursos de salud y los costos asociados con el comportamiento continuo de búsqueda de salud entre los tratados inadecuadamente con las terapias iniciales.²⁵ En el caso de los costos en el campo de la salud no solo se miden los ingresos, sino también los beneficios, el bienestar y la calidad de vida.

La contabilidad de costos es un sistema de información que recopila clasifica, registra, controla y notifica los costos para facilitar la toma de decisiones, la planeación y la administración.²⁶

La salud es mucho más que la simple ausencia de enfermedad y para una nación en su conjunto invertir en salud reditúa en capital humano y productividad, la salud es, además capacidad básica para el desarrollo humano y el bienestar social. ²⁷

Por lo tanto, la economía de la salud integra las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud. El gasto tiene diferentes grados de impacto sobre la situación de salud, según el

tipo de sistema y las estrategias, programas e intervenciones que se adopten. En el caso de los costos en el campo de la salud, no solo se miden los ingresos, sino también los beneficios, el bienestar y la calidad de vida.

Por ende, el tratamiento tiene un enfoque sintomático o preventivo e impulsa al desarrollo de medidas para evaluar la calidad de vida, dado que los indicadores como expectativa de vida, morbilidad y mortalidad puede ser insuficientes.²⁸

Se ha documentado en varios estudios sobre pacientes con SII que utilizan el sistema de atención de la salud en un grado mayor que los pacientes sin este diagnóstico además presentan mayores niveles de ansiedad. El SII genera un alto impacto económico en materia de salud y laboral, sus síntomas pueden interferir con la vida social y laboral.

Aunque ya es conocida la afectación de la calidad de vida en el SII, resulta de interés realizar estudios en distintas esferas de esta que, valoren su impacto y orientar medidas oportunas en dichas áreas de forma más individualizada.

Como bien sabemos los trastornos funcionales intestinales son de importancia en la investigación y el SII es uno de los trastornos gastrointestinales detectados con mayor frecuencia en la práctica clínica y a que se experimentan síntomas físicos, emocionales y sociales que generan un impacto importante en la calidad de vida y en lo económico. Uno de los propósitos específicos para realizar mediciones en el impacto económico en pacientes con SII de la enfermedad en la vida diaria, así como un mejor abordaje en el tratamiento del SII.²⁹

Dentro de las opciones de tratamiento actualmente disponibles, tanto farmacológicas como no farmacológicas, pueden ayudar a controlar los síntomas. Sin embargo, las mejores opciones de tratamiento posibles para el SII, lo que ayudaría a tratar esta afección y mejorar la calidad de vida para los pacientes.

Actualmente somos conscientes de las razones multisistémicas detrás de la ocurrencia de síntomas del SII y el papel de los trastornos psicológicos en su desarrollo o exacerbación y puede ayudarnos a ilustrar varios tratamientos que pueden ayudar a reducir los síntomas en pacientes con SII y reducir el impacto económico

El objetivo de esta revisión es centrarse en las opciones de tratamiento para el SII y el efecto del uso de diferentes intervenciones para controlar los síntomas del SII. Compara

varios estudios y tratamientos que discuten la terapia cognitiva conductual (TCC), antidepresivos, probióticos, acupuntura, y modificación de la dieta como opciones de manejo para el SII.

Se ha encontrado que muchos pacientes con SII responden al tratamiento hasta cierto punto. Sin embargo, otros no se deben a varios factores o a la disparidad en la gravedad.³⁰

En Latinoamérica no existen estudios que evalúen el impacto económico del SII. Un estudio en México demostró que a pesar de los reconocidos criterios diagnósticos de Roma para SII y las recomendaciones sobre el uso limitado de pruebas diagnósticas, se solicitan numerosos estudios de laboratorio e imagen en dichos pacientes, pero se desconoce a ciencia cierta el impacto económico de éstos.³¹

De cualquier manera, el impacto económico del SII es bastante grande y hay que considerar los gastos directos e indirectos.

Los gastos directos están relacionados con el sistema de salud, con la atención médica repetitiva y de curso prolongado. Los pacientes con enfermedades funcionales tienen la costumbre de visitar muchas veces al médico y el éxito del tratamiento depende también de una fuerte relación médico-paciente.

Otro coste directo importante está relacionado con los exámenes y con el uso de medicamentos en general, como los antiinfecciosos, antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos y antidepresivos, además de los fármacos indicados para el tratamiento de los síntomas de SII.

Los costes indirectos del SII están relacionados con la disminución de la productividad laboral. Nuevamente, los datos de una encuesta realizada en EE.UU. revelaron que los pacientes con SII tenían un absentismo anual un 40% mayor que los que no presentan este trastorno. Es difícil de calcular las pérdidas por deterioro funcional y los gastos de transporte, además de los gastos intangibles, como los derivados de los cambios dietéticos que inciden muchas veces en la pobre calidad de vida que estos pacientes presentan.

Por lo tanto, el SII altera la calidad de vida en los pacientes y ocasiona un gasto económico importante. Se requieren más estudios que utilizando métodos validados cuantifiquen el problema en las distintas regiones y países latinoamericanos.³²

Sin duda, con base en todo lo investigado se precisan nuevos tratamientos para los pacientes con SII. y se necesitan «terapias de rescate» para los sujetos que no o responden a los tratamientos convencionales. Disponer de nuevos fármacos eficaces en el tratamiento del SII se acompañaría de importantes beneficios, como una mejor respuesta clínico-terapéutica, ganancia en la calidad de vida, mayor productividad, menor utilización de recursos, menor coste sanitario (directo e indirecto).²⁴

Es así como los resultados de este estudio aquí citadas evidencian que una vez más los factores psicosociales son factores de riesgo que predisponen a desarrollar o complicar el Síndrome de Intestino Irritable. Ello indica que al estado emocional de los pacientes con intestino irritable debería dedicársele cada vez mayor atención para garantizar la salud integral de la población, oportuna y eficaz. La aparición y complicaciones del síndrome de intestino irritable puede también estar asociadas a variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el estrato socioeconómico.³³

Dentro de la población general, alcanzando una prevalencia del 10% al 20% es uno de los principales motivos de consulta en todos los niveles de atención. Su morbilidad no depende solamente de la severidad de los síntomas digestivos, también son importantes las implicaciones sociales y culturales que llevan al paciente a limitar sus actividades diarias y a modificar su desempeño cotidiano, fenómeno que puede acentuarse con otras enfermedades.³⁴

Con base en todo el análisis de este tema el SII es uno de los motivos más frecuentes de consulta tanto a médicos generalistas como a gastroenterólogos, lo que lo transforma en el diagnóstico más frecuente de la práctica gastroenterológica (aproximadamente 28%) y uno de los más frecuentes de las consultas de atención primaria (aproximadamente 12%). No constituye una enfermedad que ponga en peligro la vida; sin embargo, tiende a aparecer y desaparecer a lo largo de la misma, produciendo deterioro en la calidad de vida del paciente. De las personas que lo padecen, solo el 10% buscan atención médica, mientras que otros recurren a la automedicación.

Por lo tanto, se estima que el SII afecta al 10-20% de la población, de acuerdo con distintos criterios diagnósticos. A pesar de que la mayoría de las guías diagnósticas-terapéuticas nos proponen el tratamiento de acuerdo con el síntoma principal, creemos que la búsqueda de una explicación fisiopatológica más profunda nos permitiría un

tratamiento más eficaz para estos pacientes. Estos tratamientos no requieren un orden preestablecido y se pueden proponer en forma conjunta de acuerdo lo que el paciente presente. El avance del conocimiento de la fisiopatología del SII nos va a permitir continuar con nuevas alternativas terapéuticas, cada vez más eficaces y menos costosas para el sector de salud.³⁵

Los estudios de los procesos, estructuras y contenidos cognitivos en el área de salud, dada la reconocida importancia de estos factores en la etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de numerosos problemas de salud, se obtiene una de las áreas a las que se ha prestado menos importancia es la construcción subjetiva de sí mismos y de su problema que hacen los pacientes y/o usuarios de servicios públicos y privados de salud, si tenemos en cuenta que en cualquier actividad el paciente está mediada por su propia construcción de esta, por lo que es importante profundizar la patología del paciente que da forma a dicha construcción subjetiva.

Particularmente el tratamiento deberá también ser construida por el propio sujeto, e integrada dentro de su sistema de construcción previo. En esta construcción juegan un papel relevante en el mantenimiento y la aceptación de pautas terapéuticas orientadas al cambio y mejoría del paciente. Ya que por lo tanto las implicaciones a la vez positivas y negativas que tiene el síntoma para la persona que lo sufre tiene implicaciones negativas, por lo cual se resiste al cambio y no hay ninguna mejoría al tratamiento múltiple otorgado.³⁶

El paciente juega un papel muy importante ya que a la hora de elegir entre el síntoma o vivir sin él se ve en un dilema, por cuanto que cualquiera de las dos alternativas tiene implicaciones positivas y negativas; es decir, el síntoma, aunque problemático, tiene consecuencias positivas y, por otro lado, abandonarlo puede suponer implicaciones negativas.³⁷

Algunas acciones pueden ser útiles para disminuir la gran carga económica asociada con el SII en los entornos sanitarios con cobertura sanitaria universal. En primer lugar, promover el control dietético y un estilo de vida saludable puede facilitar un mejor manejo del SII a nivel de atención primaria. Se podría educar a la población adulta para evitar algunos comportamientos que se sabe que generan o exacerban los síntomas del SII, tales como: (a) el uso indiscriminado y/o innecesario de compuestos farmacéuticos (por ejemplo, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos o inhibidores de la bomba de

protones), que pueden alterar la riqueza y diversidad de la microbiota intestinal hasta el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado; (b) higiene deficiente y preparación y/o cocción descuidada de los alimentos, lo que puede aumentar el riesgo de infecciones entéricas. En segundo lugar, los médicos deben estar capacitados para aplicar los criterios de Roma IV durante el proceso de diagnóstico del SII, evitando así pruebas innecesarias y redundantes en ausencia de características clínicas alarmantes.³⁸

Se han identificado diferencias significativas entre las aseguradoras y los pacientes en cuanto a qué factores impulsan la toma de decisiones compartida rentable. Desde la perspectiva de la aseguradora, las preferencias de tratamiento se basaron en gran medida en los costos más que en los resultados en el análisis de sensibilidad. Sin embargo, la preferencia de tratamiento está impulsada por más que los costos directos de los medicamentos, pero también por los costos asociados con la utilización de atención médica en el SII. Por el contrario, otros factores influyen en la preferencia de tratamiento desde la perspectiva del paciente: ¿Cuánto afecta el SII a mi capacidad para trabajar? ¿Qué tan efectivo va a ser el tratamiento? ¿Con qué frecuencia tengo que visitar al médico para completar el tratamiento? Es importante destacar que el análisis de Shah et al. sugiere que los costos de bolsillo comparativos para los pacientes pueden variar significativamente dependiendo de su elección de tratamiento, hasta \$866 durante un año. Además, estos costos asumidos por el paciente para controlar el SII desde la perspectiva del paciente son altos, y la opción de tratamiento más eficaz solo reduce los gastos de bolsillo totales anuales relacionados con el SII a ~\$1850 desde la perspectiva del paciente.³⁹

JUSTIFICACIÓN

El SII es un motivo importante de consulta en el primer nivel de atención y es responsabilidad del médico familiar brindar un tratamiento correcto y oportuno. Debido al alto número de consultas médicas por SII, la prevalencia a nivel mundial oscila entre 1.1% y 22.1% según los criterios utilizados. Es necesario entender que esta enfermedad se presenta en todos los grupos de edad, incluyendo niños y ancianos, aunque es más frecuente entre 30 a 50 años, no obstante, aproximadamente el 60-75% de los afectados son mujeres.

Las prescripciones terapéuticas para el mismo, existe una represión sobre el nivel de salud, así como en los recursos económicos para la atención médica, ya que se genera la prescripción de medicamentos costosos y un pobre abastecimiento de estos. Esto obliga a tomar en cuenta los costos de las visitas médicas, los procedimientos, los precios de tratamiento, las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios.

El resultado de una revisión donde se analizó el costo del SII en Estados Unidos arrojó que tan solo en gastos médicos directos sin tratamiento para el gasto total fue de 1.700 a 10.000 millones de dólares y el gasto médico directo con tratamiento alcanzó los 20.000 millones de dólares. La causa, en parte radica en la realización de exploraciones innecesarias o repetidas o por la ausencia de una respuesta terapéutica adecuada. Los sistemas sanitarios no resultan iguales y no se pueden comparar costos entre ellos, pero se puede hacer una idea de que en Estados Unidos el costo anual por paciente oscila entre los 742 y 7,547 dólares.

El avance en conocimiento a nivel mundial y regional sobre el SII se analizaron diversos factores clave para su diagnóstico y tratamiento, los cuales incluyen psicológicas y sociales que intervienen en su fisiopatología, con esto se puede abordar plenamente el espectro completo de posibilidades diagnósticas que se asocian con los síntomas similares al SII.

En complemento a lo anterior se precisó analizar la dimensión médica en el uso de criterios de diagnóstico, congruencia clínica, apego GPC y el impacto económico que se deroga por paciente que nos permitan fomentar el uso del conocimiento científico, implementar estrategias educativas que favorezca el mejoramiento en el uso de recursos institucionales, por medio de un aprovechamiento más óptimo a su vez que las intervenciones médicas generen una atención integral de calidad en el paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El SII es cada vez más común en primer nivel de atención y su frecuencia ha aumentado en todo el mundo pues se asocia a una mala calidad de vida, generando grandes costos para su tratamiento.

Asimismo, crece la preocupación para realizar un diagnóstico oportuno con base a las guías de práctica clínica pues existen múltiples diagnósticos diferenciales, de esta manera, evitar complicaciones en toda la población.

En la Unidad de Medicina Familiar Número 17 existen pacientes que están registrados con este diagnóstico de SII, pero realmente se desconoce el dato exacto de cuantos pacientes cumplen los criterios de ROMA, y puede ser una enfermedad subdiagnosticada dentro de la UMF. Esto implica el uso de una mayor cantidad de recursos generando un fuerte impacto en el gasto anual de la UMF No 17. Dentro de la economía sanitaria, el costo de esta enfermedad juega un papel relevante pues las condiciones encontradas por lo médicos y especialistas esto representa una de las condiciones más molestas ya que los pacientes con este síndrome tienen una mayor utilización de recursos para la atención médica y mayor uso de medicamentos.

El objetivo es unificar criterios para establecer un diagnóstico certero, prevenir complicaciones y disminuir el impacto económico. Ya que el tratamiento injustificado y las consultas hiperfrecuentes representan una carga significativa para el primer nivel de atención. Por tal motivo es necesario integrar un buen proceso clínico, que presente una adecuada congruencia entre los hallazgos clínicos, el diagnóstico y el tratamiento instaurado para reducir tratamientos injustificados y disminuir los costos; por lo que se hace la siguiente pregunta de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿EXISTE CONGRUENCIA CLINICO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO EN SINDROME DE COLÓN IRRITABLE Y CUAL ES SU CORRELACION CON EL IMPACTO ECONOMICO?

HIPOTESIS

Hipótesis de estudio (H1): Existe relación entre la congruencia clínico diagnóstico terapéutico en síndrome de colon irritable y su correlación con el impacto económico

- Hipótesis nula (H0): No existe relación entre la congruencia clínico diagnóstico terapéutico en síndrome de colon irritable y su correlación con el impacto económico

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la congruencia clínico diagnóstico terapéutico en síndrome de colon irritable y su correlación con el impacto económico.

Objetivos Específicos

Describir las características sociodemográficas de los pacientes: Edad, Sexo, Ocupación, Escolaridad, Enfermedades crónicas, tabaquismo y alcoholismo.

Recolectar los datos clínicos, síntomas esofágicos, gastroduodenales, intestinales, dolor abdominal, vesicular biliar o anorrectales.

Conocer y comparar los criterios clínicos utilizados por el Medico Familiar para el diagnóstico de SII

Identificar la congruencia clínica diagnostica terapéutica

Identificar la prescripción inadecuada en el tratamiento del SII de acuerdo con los criterios de ROMA

Estimar el costo mensual de las prescripciones en el tratamiento de SII de acuerdo con el precio unitario institucional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico, retrolectivo.

Propósito del estudio: Se determinó la congruencia clínico diagnóstico terapéutico en síndrome de colon irritable y su correlación con el impacto económico en adultos de la unidad de medicina familiar No 17 Legaria

Población y lugar de estudio:

Se realizó el estudio con pacientes de 40 a 50 años adscritos a la UMF 17 Legaria, que acudieron a la atención médica durante el 2022.

Lugar de estudio

El estudio se efectuó en la unidad de medicina familiar No 17 Legaria IMSS unidad categorizada como de primer nivel de atención ubicada en Calzada Legaria no. 354, Colonia Pensil Norte, Alcaldía Miguel Hidalgo, Ciudad de México. En dicha unidad se cuenta con el servicio de consulta externa de medicina familiar la cual tiene un horario de atención de 08:00 hrs a 20:00 hrs de lunes a viernes.

Características del grupo de estudio

Pacientes de 40 a 50 años adscritos a la UMF 17 LEGARIA, que acudieron a la atención médica y que al momento de la aplicación cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

1. Pacientes derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF No. 17
2. Pacientes derechohabientes con diagnóstico de Síndrome de intestino irritable o Síndrome de colon irritable.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes derechohabientes que no tengan Síndrome de intestino irritable.
2. Pacientes no derechohabientes
3. Pacientes derechohabientes con Síndrome de mala absorción intestinal.
4. Pacientes derechohabientes con intolerancia a la lactosa.

Criterios de eliminación

1. Pacientes derechohabientes cuyo expediente esté incompleto.

Tamaño de la muestra

Se determino el numero **n** de pacientes por medio de la fórmula para cálculo de la muestra de poblaciones finitas.

Donde:

Tamaño de la población 1000, nivel de confianza 95, margen de error 4.85%

N: Total de individuos que comprende la población

n: tamaño de la muestra

Z²: Es el nivel de confianza requerido para generalizar los resultados hacia toda la población. Nivel de fiabilidad al 95%

p: proporción de observación que se espera obtener en una categoría

q: es la otra parte del porcentaje de observaciones en una categoría y es igual a 1-p

d: desviación estándar, es el rango de error aceptable 0.5 - 0.10, se tomara un rango de error de 0.5

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1000) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.5)^2 (1000-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n: 278

Técnica de recolección de la muestra:

Se utilizó el muestreo probabilístico sistematizado por consultorio y turno donde se invitó a participar a los adultos de 40 a 50 años que acudan a atención médica en la UMF 17 en el periodo 2022.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES

Variable dependiente

- Impacto económico

Variables independientes

- Congruencia clínica diagnóstico terapéutico
- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Escolaridad
- Enfermedades crónicas
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- **Variables asociadas Síndrome de intestino irritable**
 - Síntomas esofágicos
 - Síntomas gastroduodenales
 - Síntomas intestinales
 - Síntomas dolor abdominal
 - Síntomas vesiculares biliar
 - Síntomas anorrectales.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de medición	Unidad de medición
Variable Dependiente					
Impacto económico	Recursos económicos requeridos para la atención del paciente	Se obtendrá de la receta mensual el cálculo por monto paritario	Cuantitativa	Continuo	Cantidad erogada por monto de tratamiento mensual
Variables Independientes					
Congruencia clínica, diagnóstico terapéutica de intestino irritable	Concordancia entre el cuadro clínico el diagnóstico y el tratamiento del paciente ante una situación clínica	Se tomará el diagnóstico registrado en nota médica del expediente clínico Considerando apego a la guía de práctica clínica o los criterios de ROMA Ver anexo I Ya continuación se enlistan los síntomas que serán intencionalmente	Cualitativa	Nominal	1. Presente 2. Ausente

		explorados en el expediente clínico			
Síntomas esofágicos	Es el conjunto de síntomas y/o lesiones esofágicas debidas al paso del contenido gástrico al esófago.	Se tomará del registro en la nota médica del expediente clínico	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Síntomas gastro-duodenales	Es el dolor que se encuentra en la parte superior del abdomen justo debajo del esternón.	Se tomará del registro en la nota médica del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Síntomas intestinales	Son los trastornos de los hábitos intestinales, pudiendo dominar el estreñimiento o la diarrea, o ambos	Se tomará del registro en la nota médica del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Síntomas dolor abdominal	Se define como dolor o molestia que se siente en la parte del tronco debajo de las costillas y encima de la pelvis.	Se tomará del registro en la nota médica del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Síntomas vesiculares biliar	Es el dolor que se produce en la parte superior derecha del abdomen que dura a veces varias horas.	Se tomará del registro en la nota médica del	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No

		expediente clínico.			
Síntomas anorrectales.	Son los síntomas que tienen lugar cuando se elimina la materia fecal.	Se tomará del registro en la nota médica del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Otras variables de estudio					
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Se tomará el diagnóstico registrado en nota médica del expediente clínico.	Cuantitativa	Discreta	1. 0 a 5 años 2. 5 a 10 años 3. 10 a 20 años 4. 20 a 30 años 5. 30 a 40 años 6. 40 a 50 años 7. 60 a 70 años 8. >71 años
Sexo	Características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer.	Se tomará el sexo registrado en nota médica inicial.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino

Ocupación	Tipo de trabajo que desempeña el individuo, y que le genera recursos económicos	Se evaluará mediante el expediente clínico.	Cualitativa	Nominal	Respuesta otorgada por medio del expediente clínico.
Escolaridad	El nivel educativo que una persona ha terminado.	Se evaluará mediante el expediente clínico.	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguno 2. Preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Licenciatura 7. Posgrado
Enfermedades crónicas	Son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.	Se tomará el diagnóstico registrado en nota médica del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Politémica	1. Hipertensión Arterial 2. Diabetes mellitus 3. Ansiedad

					4. Depresión 5. Otros
Tabaquismo	Persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno.	Se tomará el diagnóstico registrado en nota médica del expediente clínico.	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Alcoholismo	Es el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico	Se tomará el diagnóstico registrado en nota médica del expediente clínico	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Si 2. No

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se consultaron los expedientes clínico con el fin de identificar y recuperar los expedientes de los pacientes que se apeguen a los criterios de inclusión de este estudio para la recolección de datos de forma individualizada, donde se recabo la información en la hoja universal de recolección de datos para luego capturarse la información obtenida en el programa estadístico IBM SPSS Statistics y se realizó el procesamiento estadístico de la información. Los resultados generados fueron sometidos a discusión y finalmente se generarán las conclusiones del estudio.

Método de recolección de datos

Los datos que se recolectaron por medio de la consulta directa de los expedientes clínicos, los datos obtenidos se registraron en la hoja de recolección de datos diseñada para tal fin (Anexo).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

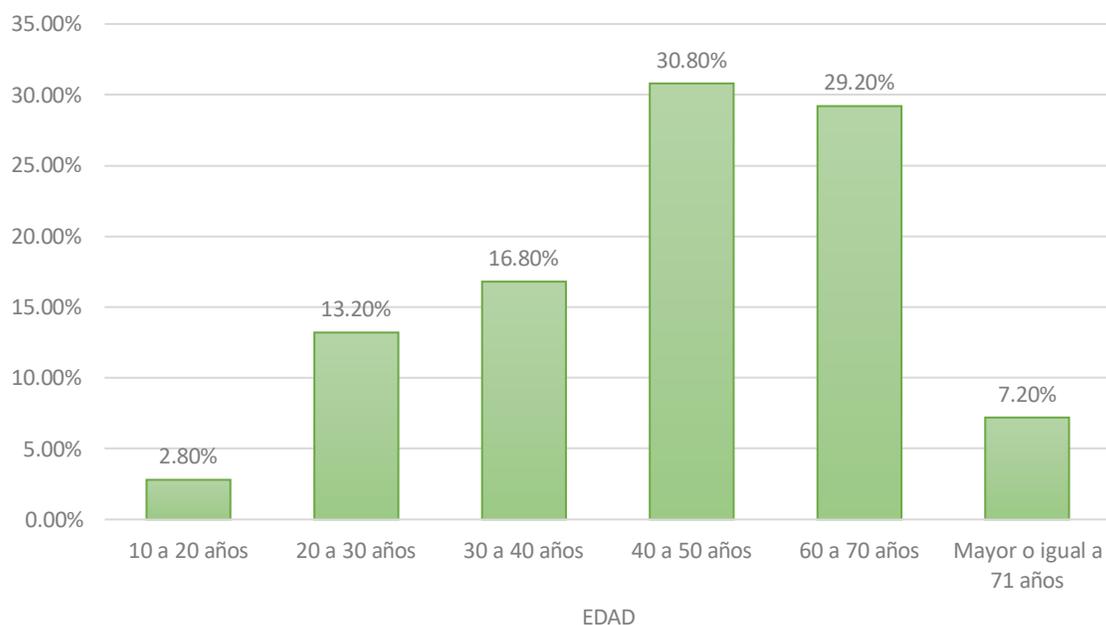
El análisis descriptivo se realizó con el cálculo de frecuencias y porcentajes para analizar las variables de tipo cualitativo, mientras que para aquellas variables de tipo cuantitativo se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión (media y desviación estándar respectivamente). Para el análisis inferencial se aplicó la prueba de correlación de Serman para correlacionar la congruencia clínica-diagnostico-terapéutica con el impacto económico (siendo significativo un valor p menor de 0.05), así como la fuerza de la correlación (Coeficiente r), categorizándose como se enlista a continuación:

Coeficiente r	Interpretación
0	Nula
>0.0 a 0.2	Muy baja
>0.2 a 0.4	Baja
>0.4 a 0.6	Moderada
>0.6 a 0.8	Alta
>0.8 a <1.0	Muy alta
1.0	Perfecta

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio de una población de 250 pacientes que cumplen con los criterios de selección.

Gráfica 1: Distribución de la edad de los pacientes estudiados

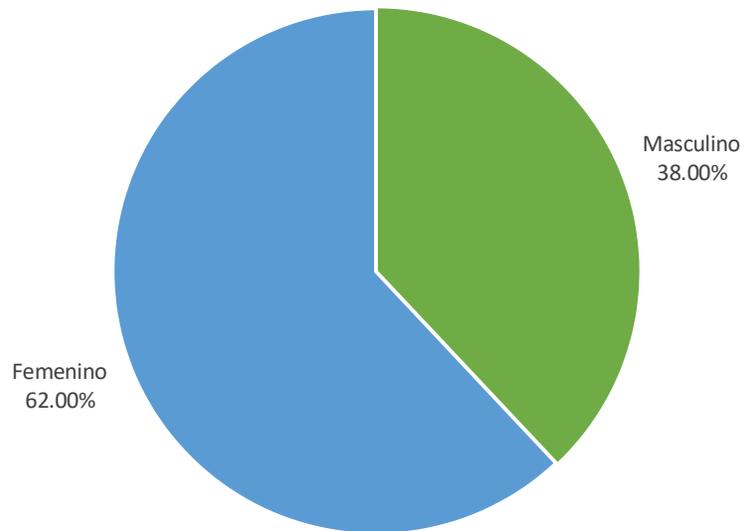


	Frecuencia	Porcentaje
10 a 20 años	7	2.8%
20 a 30 años	33	13.2%
30 a 40 años	42	16.8%
40 a 50 años	77	30.8%
60 a 70 años	73	29.2%
Mayor o igual a 71 años	18	7.2%
Total	250	100.0%

Cuadro 1: Distribución de las edades de los pacientes estudiados

El grupo de edad más prevalente fue el 40 a 50 años representando el 30.8% (n=77) seguido de 60 a 70 años representando el 29.2% (n=73).

Gráfica 2: Distribución del sexo de los pacientes estudiados

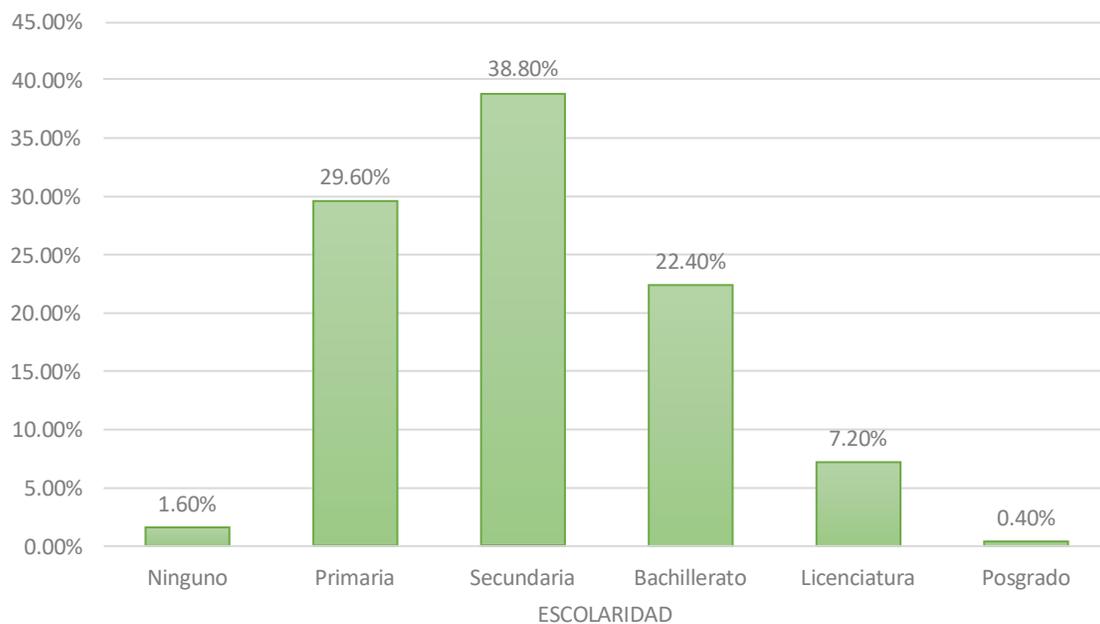


	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	95	38.0%
Femenino	155	62.0%
Total	250	100.0%

Cuadro 2: Distribución del sexo de los pacientes estudiados

Predominó el sexo femenino representando el 62.0%(n=155) seguido de masculino representando el 38.0% (n=95).

Gráfica 3: Distribución de la escolaridad de los pacientes estudiados

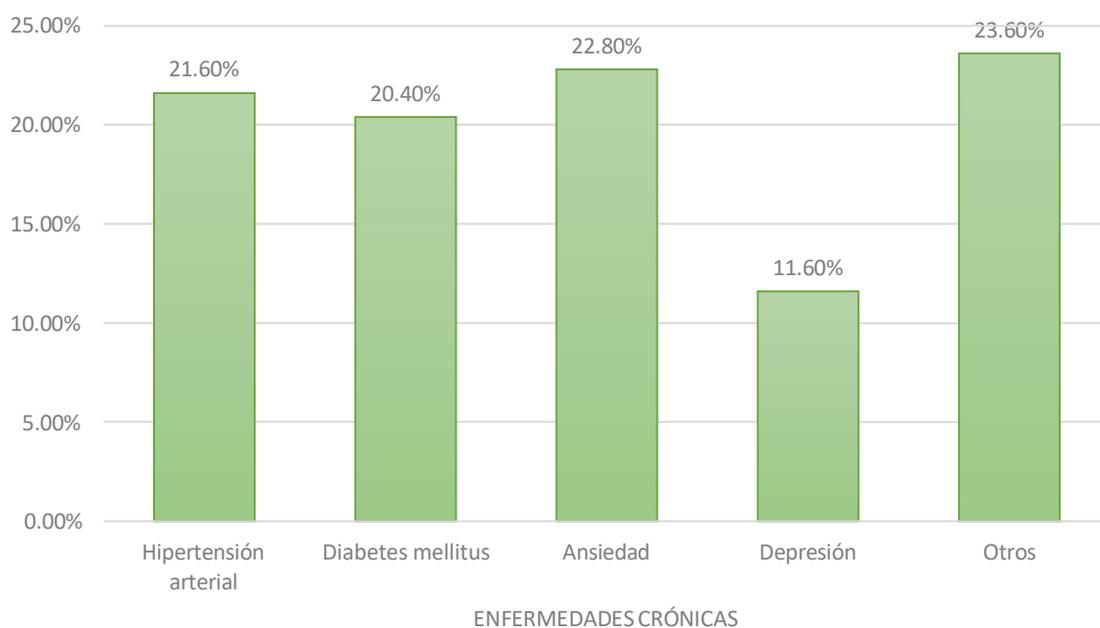


	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	4	1.6%
Primaria	74	29.6%
Secundaria	97	38.8%
Bachillerato	56	22.4%
Licenciatura	18	7.2%
Posgrado	1	0.4%
Total	250	100.0%

Cuadro 3: Distribución de la escolaridad de los pacientes estudiados

La escolaridad más frecuente fue secundaria representando el 38.8%, (n=97) seguido de primaria representando el 29.6%, (n=74) .

Gráfica 4: Distribución de enfermedades crónicas de los pacientes estudiados

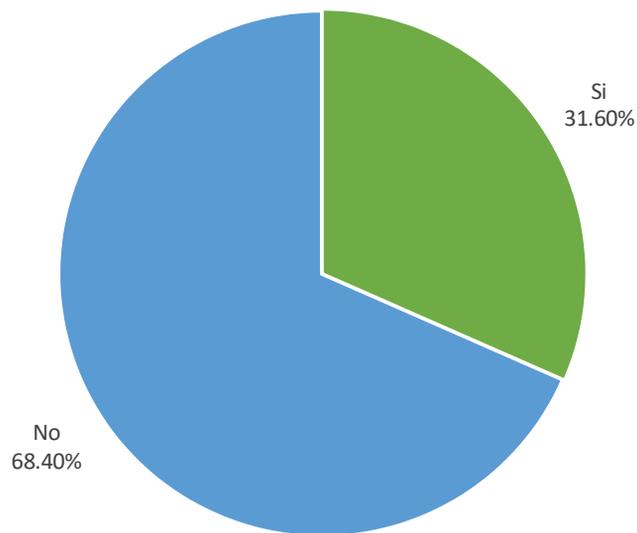


	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión arterial	54	21.6%
Diabetes mellitus	51	20.4%
Ansiedad	57	22.8%
Depresión	29	11.6%
Otros	59	23.6%
Total	250	100.0%

Cuadro 4: Distribución de enfermedades crónicas de los pacientes estudiados

La enfermedad crónica más prevalente fue otros con el 23.6%(n=59) seguido de ansiedad con el 22.8% (n=57).

Gráfica 5: Distribución de la presencia de tabaquismo de los pacientes estudiados

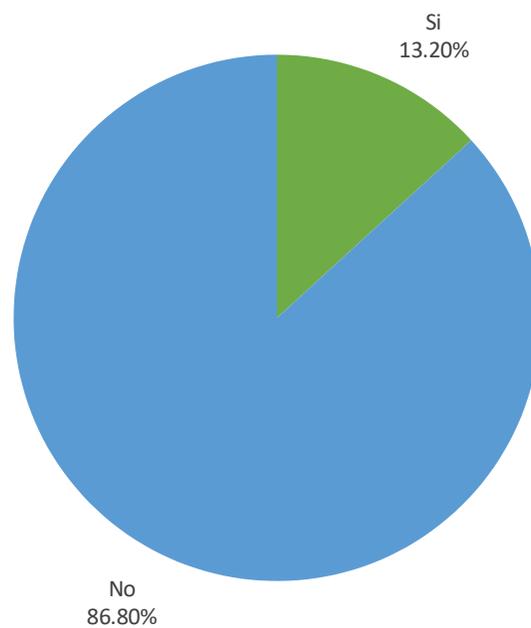


El tabaquismo se presentó en el 31.6% (n=79) de la muestra de estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	79	31.6%
No	171	68.4%
Total	250	100.0%

Cuadro 5: Distribución de la presencia de tabaquismo de los pacientes estudiados

Gráfica 6: Distribución de la presencia de alcoholismo de los pacientes estudiados

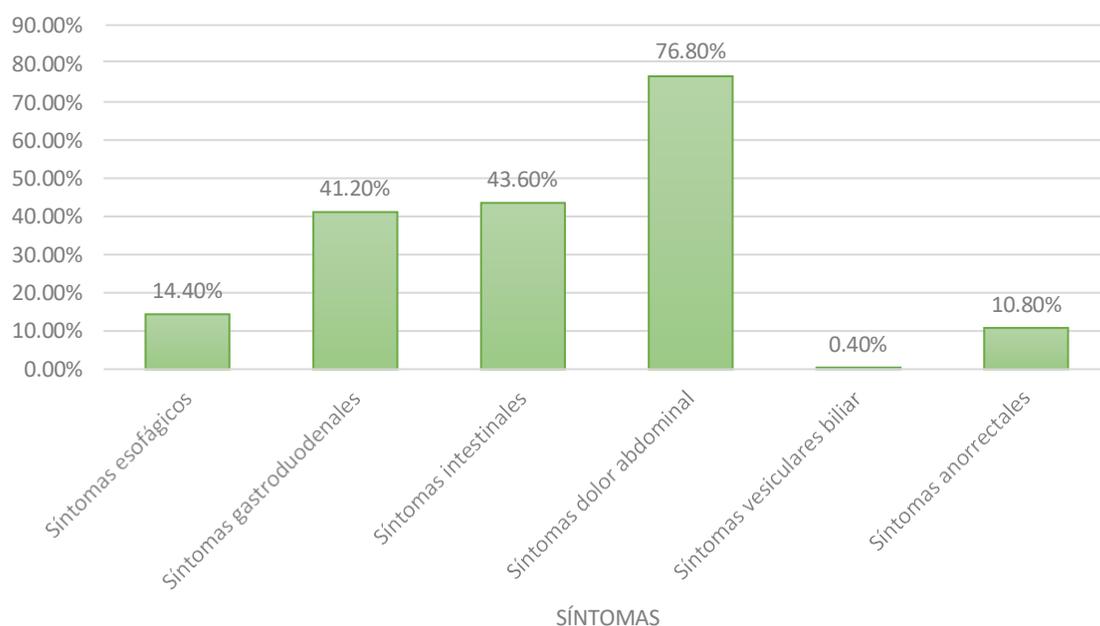


El alcoholismo se presentó en el 13.2% (n=33) de la muestra de estudio.

	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	13.2%
No	217	86.8%
Total	250	100.0%

Cuadro 6: Distribución de la presencia de alcoholismo de los pacientes estudiados

Gráfica 7: Distribución de síntomas de los pacientes estudiados

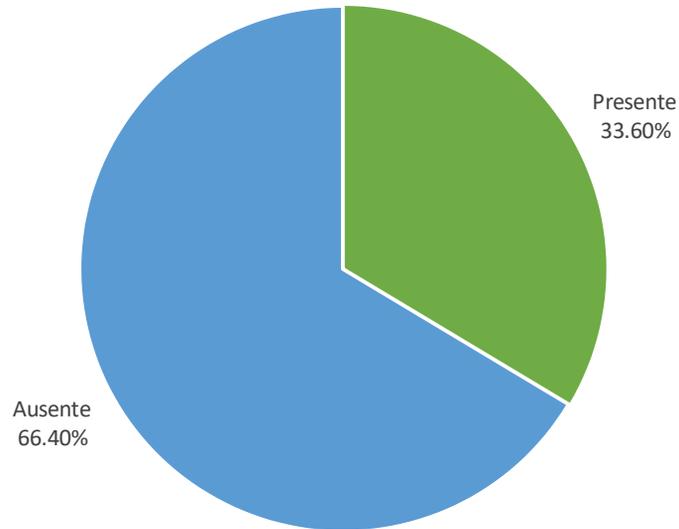


	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas esofágicos	36	14.4%
Síntomas gastroduodenales	103	41.2%
Síntomas intestinales	109	43.6%
Síntomas dolor abdominal	192	76.8%
Síntomas vesiculares biliar	1	0.4%
Síntomas anorrectales	27	10.8%

Cuadro 7: Distribución de síntomas de los pacientes estudiados

El conjunto de síntomas más prevalente fueron los síntomas de dolor abdominal con el 76.8%(n=192) seguido síntomas intestinales con el 43.6%(n=109) .

Gráfica 8: Distribución de la congruencia clínica-diagnóstico-terapéutica de los pacientes estudiados

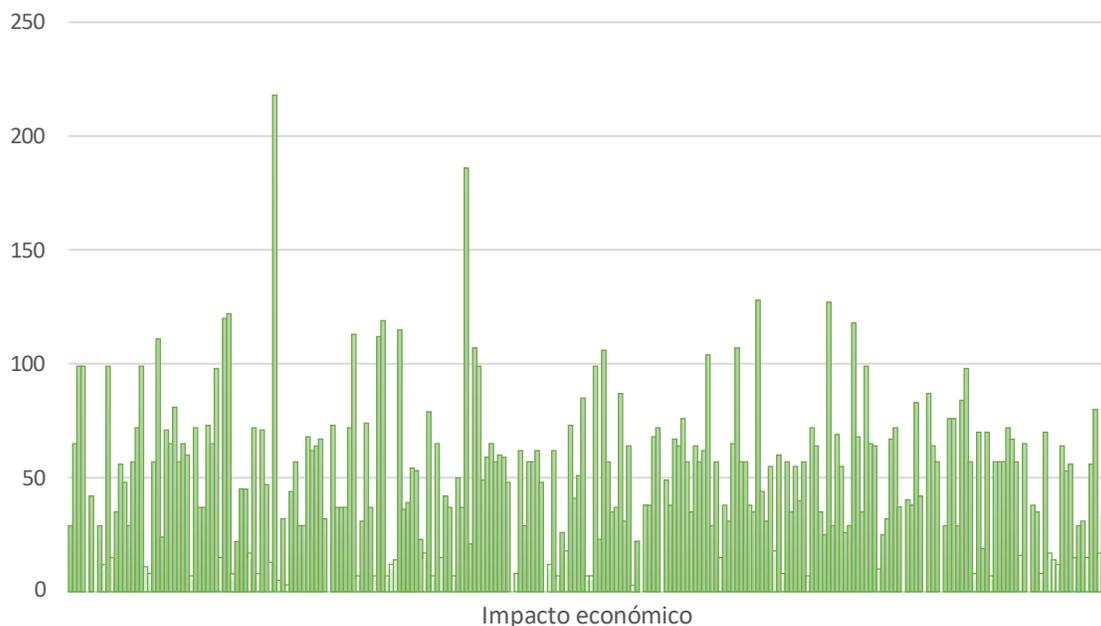


	Frecuencia	Porcentaje
Presente	84	33.6%
Ausente	166	66.4%
Total	250	100.0%

Cuadro 8: Distribución de la congruencia clínica-diagnóstico-terapéutica de los pacientes estudiados

La congruencia clínica-diagnóstico-terapéutica se presentó en el 33.6% (n=84) de los pacientes estudiados.

Gráfica 9: Estadísticos descriptivos del impacto económico

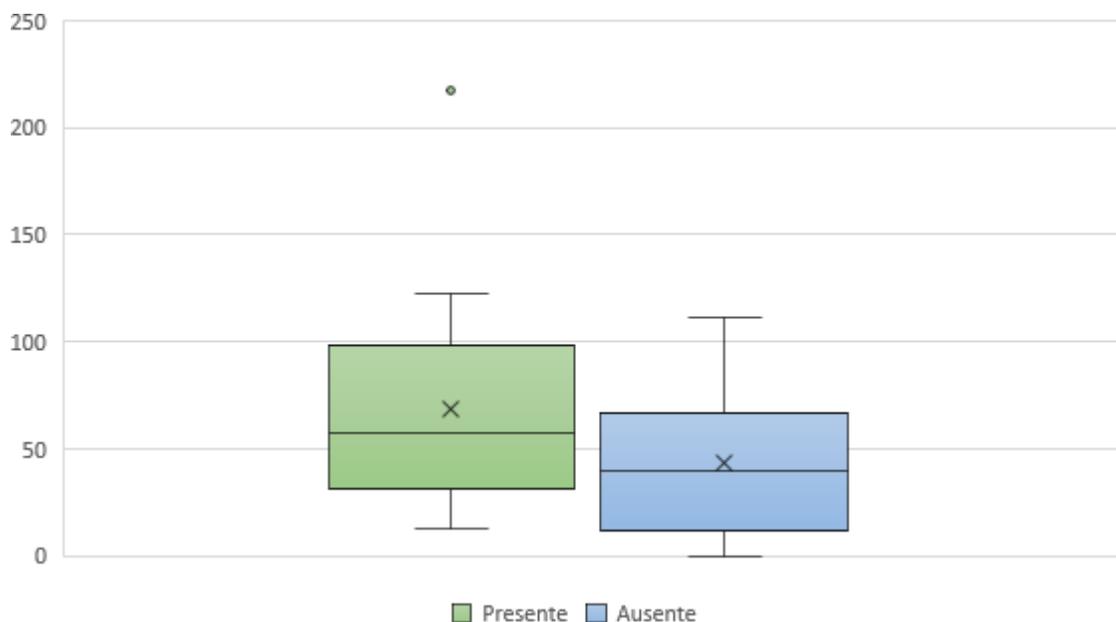


	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Impacto económico	250	0	218	48.70	33.021

Cuadro 9: Estadísticos descriptivos del impacto económico

El impacto económico mensual por paciente con SII tuvo una media de 48.70 ± 33.02 pesos con un mínimo de 0 pesos y un máximo de 218 pesos. Por lo que se espera que en un año el impacto económico por paciente con SII sea de 584.4 pesos.

Gráfica 10: Comparativo de estadísticos descriptivos del impacto económico por congruencia clínica-diagnostico-terapéutica



	Congruencia clínica-diagnostico-terapéutica				Valor p
	Presente		Ausente		
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	
Impacto económico	59.72	33.45	43.12	31.45	<0.0001

Cuadro 10: Comparativo de estadísticos descriptivos del impacto económico por congruencia clínica-diagnostico-terapéutica

El impacto económico medio para la presencia de congruencia clínica-diagnostico-terapéutica fue mayor en comparación con quienes no tuvieron tal congruencia (59.72 ± 33.45 vs 43.12 ± 31.45), mostrándose significativa la diferencia ($p < 0.0001$). De este modo el impacto económico anual medio para los pacientes con congruencia clínica-diagnostico-terapéutica es de 716.64 pesos, y para los pacientes sin congruencia clínica-diagnostico-terapéutica el impacto económico medio es de 517.44 pesos.

Cuadro 11: Análisis de la correlación de congruencia clínica-diagnostico-terapéutica y el impacto económico

		Congruencia clínica-diagnostico-terapéutica	Impacto económico
Rho de Spearman	Congruencia clínica-diagnostico-terapéutica	Coefficiente de correlación	1.000
		Sig. (bilateral)	.
		N	250
	Impacto económico	Coefficiente de correlación	.244**
		Sig. (bilateral)	.000
		N	250

Al analizar la correlación entre impacto económico y congruencia clínica-diagnostico-terapéutica, se halló que existe una correlación de intensidad baja, positiva y significativa ($r= 0.244$, $p<0.0001$); lo que indica que mientras incrementa la congruencia clínica-diagnostico-terapéutica, el impacto económico aumenta.

DISCUSIÓN

El análisis de la población estudiada reveló que el grupo de edad más prevalente fue el 40 a 50 años representando el 30.8%, lo que se muestra discordante a lo descrito por Buono et al. en el año 2017 donde la edad media fue de 47 ± 17 años. ⁴⁰ Se ha descrito que el SII a menudo se manifiesta en la infancia, aunque la prevalencia máxima parece estar en la edad adulta temprana. ⁴¹

Predominó el sexo femenino representando el 62.0%. Este resultado está en concordancia con lo descrito por Buono et al. en el año 2017 quien encontró que el 76.5 % de los pacientes eran mujeres. ⁴⁰ Se ha reportado en la literatura clínica que las mujeres se ven afectadas en una proporción de 2:1 con respecto a los hombres. ⁴¹

La enfermedad crónica más prevalente fue otros con el 23.6%, seguido de ansiedad (22.8%), hipertensión arterial (21.6%), diabetes mellitus (20.4%), y por último depresión (11.6%). Se ha descrito previamente que el SII cursa con diversos padecimientos concomitantes, Häuser et al. en el año 2019 halló que de los asegurados con diagnóstico de SII, el 45 % tenía documentadas otras “enfermedades del esófago, estómago y duodeno”, el 38 % tenía documentados “síntomas y signos que involucran el sistema digestivo y el abdomen”, el 15 % “enfermedades infecciosas intestinales”, el 13 % “gastroenteritis y colitis no infecciosas”, 8% “intolerancia a la lactosa” y 5% “candidiasis”. Además, el 70 % de los asegurados con diagnóstico de SII tenían “dorsopatías” documentadas, el 58 % tenían “trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos” documentados, el 42 % tenían “trastornos afectivos” documentados (principalmente depresión); 25% "dolor de cabeza" y 20% "dolor, no clasificado en otra parte". ⁴²

En lo que refiere a la sintomatología, el presente estudio halló que el conjunto de síntomas más prevalente fueron los síntomas de dolor abdominal (76.8%), síntomas intestinales (43.6%), síntomas gastroduodenales (41.2%), síntomas esofágicos (14.4%), síntomas anorrectales (10.8%), y síntomas de la vesícula biliar (0.4%). Es un hecho ampliamente descrito que el síndrome del intestino irritable es un desorden intestinal funcional complejo que se caracteriza por una amplia variedad de síntomas. ⁴³ Por ello es que Lee et al en el año 2017 encontró que los pacientes con SII informaron síntomas significativamente peores de dolor abdominal ($p < 0.0001$), náuseas y vómitos ($p < 0.0001$), gases e hinchazón ($p < 0.0001$), diarrea ($p < 0.0001$) y estreñimiento ($p < 0.0001$). ⁴⁴ Además, Zeeshan et al. en el año 2022 encontró que entre los pacientes, el 63% informaron tener estreñimiento mientras que el 26% informaron haber tenido diarrea durante los últimos 6 meses. El 11% informaron tener ambos (síntomas mixtos). ⁴⁵

Respecto al impacto económico, el presente estudio encontró que este tuvo una media de 48.70 ± 33.02 pesos, anualmente se gastarían 584.4 pesos. Se ha reportado por Flacco et al. en el año 2019 que la atención del SII consume más de \$20 mil millones por año en costos directos e indirectos, y los pacientes gastan más de un 50 % más de recursos de atención médica que los controles equivalentes sin SII. ³⁸ Al analizar más a fondo el impacto económico derivado del SII, Buono et al en el año 2017 reportó que entre los pacientes con SII, los costos anuales promedio de atención médica por todas las causas fueron de $\$13,038 \pm 24,645$, la mitad de los cuales (50.3 %) se atribuyeron a

otros servicios ambulatorios (pruebas de diagnóstico y servicios de laboratorio o radiología). Los costos por todas las causas restantes se debieron a recetas (19.5 %), admisiones de pacientes hospitalizados (13.6 %), visitas a urgencias (8.5 %) y visitas al consultorio médico (8.1 %). Del total de costos por todas las causas, el 29.3 % (\$3,817) fueron atribuibles a costos relacionados con el tracto gastrointestinal y el 13.0 % (\$1,693) a costos relacionados con síntomas. La mayoría de los costos relacionados con el tracto gastrointestinal y los síntomas también fueron impulsados principalmente por los costos asociados con otros servicios ambulatorios (47.4 % y 50.9 %, respectivamente). En particular, los costos asociados con los procedimientos endoscópicos representaron el 15.5 % de los costos relacionados con los síntomas, y el 23.8 % de los pacientes con SII recibieron ≥ 1 procedimiento endoscópico. ⁴⁰

El análisis de la correlación entre impacto económico y congruencia clínica-diagnostico-terapéutica, se halló que existe una correlación de intensidad baja, positiva y significativa ($r= 0.244$, $p<0.0001$). Esta mayor carga económica con la presencia de congruencia clínica-diagnostico-terapéutica se explica por el hecho que gran parte del aumento en los costos y la utilización general de la atención médica probablemente se derivan de una mala calidad de vida debido a síntomas intestinales persistentemente no controlados. ⁴⁶ En adición, se acepta que la carga económica del SII puede ser mayor, ya que requiere pruebas diagnósticas más complejas para cumplir con los criterios de Roma IV (endoscopia, imagenología, microbiología, serología), con el consiguiente aumento de los costos directos. Además, la urgencia por diarrea o la incontinencia fecal en el lugar de trabajo pueden generar mayores costos indirectos debido al aumento del ausentismo y la reducción de la productividad. ³⁸

Además del manejo en sí, existen diversos factores clínicos que inciden en el impacto económico, Goodoory et al. en el año 2022 demostró que aquellos pacientes con uso de opiáceos, síntomas más severos y menor calidad de vida tenían costos medios anuales más altos. Esto probablemente refleja niveles más altos de consultas, investigaciones y uso de medicamentos en este grupo de pacientes. El costo anual promedio se correlacionó negativamente con la duración del SII, probablemente debido a consultas e investigaciones más frecuentes al inicio de los síntomas. El hecho de que las personas con puntajes más altos de depresión, somatización y ansiedad específica de los síntomas gastrointestinales tuvieran costos medios anuales directos de atención médica más altos relacionados con el SII puede relacionarse con factores de confusión como la gravedad de los síntomas del SII, que se sabe que está asociada con costos y comorbilidades psicológicas. ⁴⁷ También Lacy et al en el año 2019 demostró que los pacientes con comorbilidades, aquellos con más visitas a especialistas o al menos una visita a la sala de emergencias relacionada con el tracto gastrointestinal o una hospitalización tenían más probabilidades de someterse a pruebas y procedimientos repetidos y costosos. ⁴⁸

Para finalizar la discusión de resultados, se debe hacer énfasis en el hecho que si bien el SII es una afección heterogénea con diferentes fenotipos clínicos y una respuesta variable del paciente a las terapias, se ha destacado la necesidad de reenfocar los esfuerzos para realizar un diagnóstico rápido de acuerdo con los criterios establecidos de Roma, limitando así las costosas e innecesarias investigaciones de exclusión y optimizando las citas para asegurarse de que se brinde la atención clínicamente indicada en cada visita. Dado que los pacientes con SII interactúan con frecuencia con el sistema de atención médica, es necesario el desarrollo de vías basadas en la evidencia adaptadas a las necesidades de atención médica de un individuo. ⁴⁹

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados muestra que la congruencia clínica-diagnostico-terapéutica de los pacientes con síndrome de intestino irritable condiciona un incremento del impacto económico en el manejo de estos pacientes.

En la mayoría de los pacientes se les dio tratamiento con mas de 2 medicamentos, y dentro de los criterios que se utilizaron se elevaron los costos.

Este estudio es la base de futuros estudios que sean capaces de optimizar el manejo del síndrome de intestino irritable por medio de la exploración de opciones de manejo que sean costo-efectivas, además de crear algoritmos, unificar criterios de manejo que minimicen el impacto económico y maximizar el perfil de eficacia clínica.

REFERENCIAS

1. Radovanovic-Dinic B, Tesic-Rajkovic S, Grgov S, Petrovic G, Zivkovic V. Irritable bowel syndrome – from etiopathogenesis to therapy. *Biomed Pap.* el 27 de marzo de 2018;162(1):1–9.
2. Saha L. Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol.* 2014;20(22):6759–73.
3. Alvarado B J, Otero R W, Jaramillo Santos MA, Roa B PA, Puentes L GA, Jiménez F AM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable en población adulta TT - Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Adult Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Rev colomb gastroenterol* [Internet]. 2015;30(supl.1):43–56. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000500006
4. CENETEC. Diagnóstico y tratamiento del Intestino Irritable en el adulto. *Guía Pract Clínica, Secr Salud, México.* 2015;1(1):1–16.
5. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology.* el 1 de enero de 2021;160(1):99-114.e3.
6. Black CJ, Ford AC. Global burden of irritable bowel syndrome: trends, predictions and risk factors. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020;17(8):473–86. Disponible en: <http://10.0.4.14/s41575-020-0286-8>
7. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, Houghton LA, Everitt HA, Corsetti M, et al. British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome. *Gut* [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022];70(7):1214–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2021-324598>
8. Ferreira AI, Garrido M, Castro-Poças F. Irritable Bowel Syndrome: News from an Old Disorder. *GE Port J Gastroenterol* [Internet]. 2020;27(4):255–68. Disponible en: <http://10.0.4.135/000503757>
9. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* [Internet]. 2014

- [citado el 16 de julio de 2022];146(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2013.09.046>
10. Shepherd SJ, Parker FC, Muir JG, Gibson PR. Dietary Triggers of Abdominal Symptoms in Patients With Irritable Bowel Syndrome: Randomized Placebo-Controlled Evidence. 2008;
 11. Mundial UP, Fried M, Kok-Ann S, Singapur G, Khalif I, Pali R, et al. Directrices Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología.
 12. Wald A. Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults - UpToDate [Internet]. 2021 [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: https://www-uptodate-com.ezproxy.uniandes.edu.co/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-irritable-bowel-syndrome-in-adults?search=irritable_bowel_syndrome&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 13. Penner R, Fishman M. Evaluation of the adult with abdominal pain - UpToDate [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022]. p. 1–18. Disponible en: https://www-uptodate-com.ez.urosario.edu.co/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain?search=Evaluation_of_the_adult_with_abdominal_pain&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H2949725950
 14. Goodoory VC, Houghton LA, Yiannakou Y, Black CJ, Ford AC. Natural History and Disease Impact of Rome IV Vs Rome III Irritable Bowel Syndrome: A Longitudinal Follow-Up Study. 2022 [citado el 16 de julio de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.04.043>
 15. Fortea J, Prior M. Irritable bowel syndrome with constipation: A European-focused systematic literature review of disease burden. *J Med Econ* [Internet]. 2013;16(3):329–41. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijme20>
 16. Posserud I, Syrous A, Lindström L, Tack J, Abrahamsson H, Simrén M. Altered Rectal Perception in Irritable Bowel Syndrome Is Associated With Symptom Severity. *Gastroenterology*. 2007;133(4):1113–23.
 17. Carmona-Sánchez R, Icaza-Chávez ME, Bielsa-Fernández M V., Gómez-

- Escudero O, Bosques-Padilla F, Coss-Adame E, et al. Consenso mexicano sobre el síndrome de intestino irritable. *Rev Gastroenterol Mex.* 2016;81(3):149–67.
18. Barney VAC, Hernández AFO. The role of antispasmodics in managing irritable bowel syndrome. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2019;34(3):269–76.
 19. Ford AC, Moayyedi P, Chey WD, Harris LA, Lacy BE, Saito YA, et al. American college of gastroenterology monograph on management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2018 [citado el 14 de octubre de 2021];113(S2):1–18. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2018/06002/American_College_of_Gastroenterology_Monograph_on.1.aspx
 20. Bellini M, Tonarelli S, Mumolo MG, Bronzini F, Pancetti A, Bertani L, et al. Low Fermentable Oligo- Di- and Mono-Saccharides and Polyols (FODMAPs) or Gluten Free Diet: What Is Best for Irritable Bowel Syndrome? *Nutrients* [Internet]. 2020;12(11):3368. Disponible en: <http://10.0.13.62/nu12113368>
 21. Brenner DM, Sayuk GS. Current US Food and Drug Administration-Approved Pharmacologic Therapies for the Treatment of Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea. *Adv Ther* [Internet]. 2020;37(1):83–96. Disponible en: <https://doi.org/10.6084/>
 22. Chey WD, Lembo AJ, Yang Y, Rosenbaum DP. Efficacy of Tenapanor in Treating Patients With Irritable Bowel Syndrome With Constipation: A 26-Week, Placebo-Controlled Phase 3 Trial (T3MPO-2). *Am J Gastroenterol* [Internet]. el 1 de junio de 2021 [citado el 14 de octubre de 2021];116(6):1294–303. Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2021/06000/Efficacy_of_Tenapanor_in_Treating_Patients_With.29.aspx
 23. Canavan C, West J, Card T. Review article: The economic impact of the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40(9):1023–34.
 24. Tack J, Stanghellini V, Mearin F, Yiannakou Y, Layer P, Coffin B, et al. Economic burden of moderate to severe irritable bowel syndrome with constipation in six European countries. *BMC Gastroenterol* [Internet]. el 7 de mayo de 2019 [citado el 5 de enero de 2022];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31064345/>
 25. Buono JL, Mathur K, Averitt AJ, Andrae DA. Economic burden of inadequate

- symptom control among US commercially insured patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. 2017 [citado el 5 de enero de 2022]; Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijme20>
26. Herrera MC, Rodríguez JC, González López R, Abreu RM, María A, González G, et al. Temas de actualidad / Current topics La economía del la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario? 1. Vol. 12, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002.
 27. García Ron G, Isabel Monzón Bueno A, Merino Villeneuve I, Ruíz Chércoles E, Samblás Tilves P, Barrio Merino A, et al. ATENCIÓN PRIMARIA.
 28. García-Rodríguez JF, García-Fariñas A, Priego-Hernández O, Martínez-Pér L. Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento económico, bienestar social y desarrollo humano José Félix García-Rodríguez, (1) Anaí García-Fariñas, (2) Oscar Priego-Hernández, (3) Lenin Martínez-Pérez (4). Salud En Tabasco [Internet]. 2017 [citado el 6 de enero de 2022];23:44–7. Disponible en: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
 29. Sánchez-Cuén JA, Irineo-Cabrales AB, Bernal-Magaña G, Peraza-Garay FDJ. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con síndrome de intestino irritable en un hospital de especialidades de México. Estudio transversal. Rev Esp Enfermedades Dig. 2017;109(4):265–72.
 30. Gendi R, Jahan N. Pharmacological and Non-pharmacological Treatments of Irritable Bowel Syndrome and Their Impact on the Quality of Life: A Literature Review. Cureus [Internet]. 2020; Disponible en: <http://10.0.30.79/cureus.9324>
 31. Schmulson MJ. El escrutinio diagnóstico limitado puede disminuir el impacto económico directo del síndrome de intestino irritable (SII). Rev Med Chil. 2008;136(11):1398–405.
 32. González M. Calidad de vida en pacientes con síndrome de intestino irritable.: Un estudio cualitativo. Gen. 2015;69(3):55–63.
 33. Mearin F. Tratamiento farmacológico del síndrome del intestino irritable: una necesidad no cubierta. Gastroenterol Hepatol. 2007;30(3):130–7.
 34. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience

- and new developments. *Gac Sanit* [Internet]. 2005;19(2):135–50. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>
35. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud t,Que calidad de vida? *Foro Mund la Salud* [Internet]. 1996 [citado el 22 de agosto de 2021];17:385–7. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 36. Hanaway PJ. Síndrome del colon irritable.
 37. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, Korownyk C, Marsiglio M, Graff L, et al. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol*. el 11 de febrero de 2019;2(1):6–29.
 - 38.- Flacco ME, Manzoli L, de Giorgio R, et al. Costs of irritable bowel syndrome in European countries with universal healthcare coverage: a meta-analysis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2019; 23(7):2986-3000
 - 39.- Shah ED, Salwen-Deremer JK, Gibson PR, et al. Comparing costs and outcomes of treatments for irritable bowel syndrome with diarrhea: cost-benefit analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2022; 20(1):136-144.e31
 - 40.- Buono JL, Mathur K, Averitt AJ, et al. Economic Burden of Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea: Retrospective Analysis of a U.S. Commercially Insured Population. *J Manag Care Spec Pharm* 2017; 23(4):453-460
 - 41.- Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care Clin Office Pract* 2017; 44:655–671
 - 42.- Häuser W, Marschall U, Layer P, et al. The Prevalence, Comorbidity, Management and Costs of Irritable Bowel Syndrome. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116:463–470
 - 43.- Tack J, Stanghellini V, Mearin F, et al. Economic burden of moderate to severe irritable bowel syndrome with constipation in six European countries. *BMC Gastroenterology* 2019; 19:69
 - 44.- Lee AD, Spiegel BM, Hays RD, et al. Gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome, inflammatory bowel disease and the general population. *Neurogastroenterol Motil* 2017; 29(5):10.1111/nmo.13003

- 45.- Zeeshan MH, Vakkalagadda NP, Sree GS, et al. Irritable bowel syndrome in adults: Prevalence and risk factors. *Annals of Medicine and Surgery* 2022; 81:104408
- 46.- Shah ED, Chang L, Lembo A, et al. Price Is Right: Exploring Prescription Drug Coverage Barriers for Irritable Bowel Syndrome Using Threshold Pricing Analysis. *Dig Dis Sci* 2021; 66(12):4140-4148
- 47.- Goodoory VC, Ng CE, Black CJ, et al. Direct healthcare costs of Rome IV or Rome III-defined irritable bowel syndrome in the United Kingdom. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022; 56:110–120
- 48.- Lacy B, Ayyagari R, Guerin A, et al. Factors associated with more frequent diagnostic tests and procedures in patients with irritable bowel syndrome. *Ther Adv Gastroenterol* 2019; 12:175628481881832.
- 49.- Berinstein JA, Fendrick AM. Editorial: estimating the costs of care in irritable bowel syndrome—a necessary step to enhance value-based care for a high-prevalence, low-cost condition. *Aliment Pharmacol Ther.* 2022; 55:1588–1589

Ciudad de México a 19 agosto 2022.

Asunto: CARTA DE NO INCONVENIENTE

A QUIEN CORRESPONDA:
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN.
PRESENTE:

Por medio de la presente manifiesto la autorización para realizar la aplicación de revisión de expedientes con el fin de llevar a cabo el protocolo de estudio titulado Congruencia Clínico Diagnóstico Terapéutico en Síndrome de Colón irritable y su Correlación con el impacto económico, a cargo la Dra. Victoria Vargas Janeth Julissa investigador principal con matrícula 99356695, el cual se llevará a efecto en las instalaciones de la UMF 17.

ANEXOS

No tener conflicto de intereses

De acuerdo con el artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de Investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes, lo comunicaré al Presidente o Secretario del Comité de Investigación para estudios retrospectivos.
2. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier aclaración o duda.

ATENTAMENTE

~~DRA: NORA ZARATE REYES
DIRECTORA UMF 17~~


DRA. VICTORIA VARGAS JANETH JULISSA

INVESTIGADOR PRINCIPAL

Fecha: 17 agosto del 2022

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en investigación de la Unidad de Medicina Familiar No 17 que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación Congruencia Clínico Diagnóstico Terapéutico en Síndrome de Colón irritable y su Correlación con el Impacto Económico, es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- Edad, sexo, ocupación, escolaridad, enfermedades crónicas, tabaquismo, alcoholismo, Síntomas anorrectales, Síntomas vesiculares biliar, Síntomas dolor abdominal, Síntomas intestinales, Síntomas gastro-duodenales, Síntomas esofágicos, Congruencia clínica, diagnostico terapéutica de intestino irritable, Impacto económico

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apago a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo Congruencia Clínico Diagnóstico Terapéutico en Síndrome de Colón irritable y su Correlación con el Impacto Económico, cuyo propósito es producto comprometido de tesis.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Victoria Vargas Janeth Julissa

R2 de Medicina Familiar

