BENEMERITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Especialidades Puebla
Centro Médico Nacional General de División
"Manuel Ávila Camacho".

Título: Concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel y el diagnóstico rectosigmoidoscópico en el servicio de cirugía de colon y recto de la UMAE CMN Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho, durante 2017-2019.

Tesis para obtener el diploma de especialidad en Cirugía General

Presenta:
José Galaor Gutiérrez Durante

Directores de tesis:
Ana Lilia Pacheco Carrillo
Álvaro José Montiel Jarquín

Puebla, Puebla, Octubre de 2020

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **21058**.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS **17 CI 21 114 025**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121**

FECHA **Jueves, 04 de junio de 2020**

M.C. Alvaro José Montiel Jarquín

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel y el diagnóstico rectosigmoidoscópico en el servicio de cirugía de colon y recto de la UMAE CMN Gral de Div. Manuel Ávila Camacho, durante 2017-2019** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. JOSE PEDRO MARTINEZ ASENCION
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21058

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN Salud

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **2105**.
HOSP TRAUMA Y ORTOPEDIA PUEBLA

Registro COFEPRIS **17 CI 21 114 025**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 21 CEI 008 2017121**

FECHA **Jueves, 04 de junio de 2020**

M.C. Alvaro José Montiel Jarquín

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel y el diagnóstico rectosigmoidoscópico en el servicio de cirugía de colon y recto de la UMAE CMN Gral de Div. Manuel Ávila Camacho, durante 2017-2019** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2020-2105-043

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Carlos Francisco Morales Flores
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2105

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

GOBIERNO DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA

PUEBLA, PUE., A 02 de Octubre de 2020

AUTORIZACION DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES: Ana Lilia Pacheco Carrillo.
Alvaro José Montiel Jarquín

DE LA TESIS TITULADA: Concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel y el diagnóstico rectosigmoidoscópico en el servicio de Cirugía de colon y recto de la UMAE CMN Gral. de Div. Manuel Avila Camacho durante 2017 - 2019.

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: José Galaor Gutiérrez Durante.

DE LA ESPECIALIDAD: Cirugía General

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTIFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO EN EL SIRELCIS CON **NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL**: R- 2020-2105-043

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Ana Lilia Pacheco Carrillo. (02/10/20)
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

Dr. Alvaro José Montiel Jarquín
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PUEBLA
IMSS Tel 9922017
(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

GOBIERNO DE
MÉXICO

CARTA COMPROMISO

Puebla, Puebla, a 02 de Octubre de 2020.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PRESENTE

El (la) suscrito (a) José Galaor Gutiérrez Durante, en mi calidad de estudiante y habiendo sido beneficiario de la residencia médica de Cirugía General de fecha 2017 - 2021 y estando cursando la (el) (maestría/doctorado/residencia) en CIRUGIA GENERAL manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy autor del trabajo de Tesis titulado Concordancia entre el diagnóstico de envío de Primer nivel y el diagnóstico rectosigmoidoscopico en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto de la UMAE CMN Gral de Div. Manuel Ávila Camacho, durante 2017- 2019, el cual ha sido asesorado por el (los) doctor (es) Ana Lilia Pacheco Carrillo y Alvaro José Montiel Joaquín en las instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social. Por tanto, para fines de divulgación y publicación sobre la metodología, resultados y/o otra información desarrollada durante el proyecto, reconozco que deberé contar con la autorización escrita de todos los autores.

Asimismo, manifiesto que en caso de que el presente trabajo implique derechos de propiedad industrial e intelectual como resultado de su desarrollo, tomando en consideración que será producto de una investigación practicada en las instalaciones del Instituto y con pacientes, equipos, materiales y diversos instrumentos de su propiedad, se reconoce como legítimo propietario de dicha novedad al Instituto Mexicano del Seguro Social; en donde el suscrito participa en colaboración con mi (los) asesor (es), por lo que mi colaboración y derechos estará sujeta al porcentaje de autoría que corresponda a mi participación en relación con los demás autores en colaboración.

Atentamente

José Galaor Gutiérrez Durante

Nombre y firma

CONTENIDO

RESUMEN

1.- INTRODUCCIÓN 11

1.1 ANTECEDENTES GENERALES 11

1.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS 18

2. -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 20

3.- JUSTIFICACION 21

4.- MATERIAL Y METODOS 22

Tipo de estudio 22

Pacientes 22

Instrumentos 22

Procedimiento 23

Análisis estadístico 24

5.- RESULTADOS 25

6.- DISCUSIÓN 30

7.- CONCLUSIONES 33

8.- BIBLIOGRAFIA 34

9.- ANEXOS 37

Agradecimientos:

Grupo de expertos:

Dr. Álvaro José Montiel Jarquín.
Dra. Ana Lilia Pacheco Carrillo

Instituciones

Instituto Mexicano del Seguro Social
Delegación Puebla
Hospital de Especialidades centro Médico Nacional “General de División Manuel Ávila Camacho”

A todos los pacientes los cuales aportaron la información para la conclusión de este estudio

Dedicatoria:

A Dios por la familia que me dió y que fue parte importante para culminar este trabajo.

A mis padres José Galaor y Rosa Elva, por haberme forjado como la persona que soy, por enseñarme que todo se puede lograr cuando uno se le propone y los limites los ponemos nosotros mismos.

A mis hermanos Marielba y Gerardo por su apoyo incondicional, por darme ánimos en los momentos mas difíciles.

A mi Tía Rosario Q.E.P.D.

A Nayeli por creer en mi y motivarme a seguir.

Resumen:

Título: Concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel y el diagnóstico rectosigmoidoscópico en el servicio de cirugía de colon y recto de la UMAE CMN Gral de Div. Manuel Ávila Camacho, durante 2017-2019.

Autores: José Galaor Gutiérrez-Durante, Ana Lilia Pacheco-Carrillo, Álvaro José Montiel-Jarquín.

Introducción: El diagnóstico de la patología anorectal, debe ser preciso desde el primer nivel de atención para dar un tratamiento oportuno.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal, incluyó pacientes con patología anorectal, diagnosticados en primer nivel, enviados a la UMAE-HEP, durante 2017 a 2019. El objetivo fue determinar la concordancia entre diagnóstico de envío, diagnóstico coloproctológico y rectosigmoidoscópico. Se emplearon las variables: edad, sexo, signos y síntomas, diagnóstico de envío, diagnóstico coloproctológico y rectosigmoidoscópico. Se analizaron y evaluaron resultados mediante estadísticas descriptiva y analítica; y publicaron conclusiones.

Resultados: De 223 pacientes, 123 fueron hombres y 100 mujeres. La edad media fue 49.3 años. El signo y el síntoma más común fue rectorragia (30.5%), seguido de exudado perianal (22.9%). El diagnóstico de envío más frecuente fue enfermedad hemorroidal (57%) seguido de fístula (12.1%). En rectosigmoidoscopia lo más comun fueron 2 o más diagnosticos (25.1%), seguido de enfermedad hemorroidal (21.5%). La concordancia entre diagnóstico de envío y diagnóstico coloproctológico rectosigmoidoscópico fue (0.176 Kappa) en ambas con p=0.000 y la concordancia entre diagnostico coloproctologico y rectosigmoidoscopia fue (0.983 Kappa) con p=0.000.

Conclusión: La concordancia (Kappa) entre el diagnóstico de envío de primer nivel de atención y el diagnóstico dado por el médico especialista en coloproctología es débil.

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

1.- INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

Las enfermedades digestivas bajas abarcan un diverso grupo de patologías que afectan en diferentes grados a los grupos poblacionales a nivel mundial, muchas de estas patologías están relacionados a factores genéticos pero muchas otras se relaciones a cuestiones del estilo de vida. [1,2,3.]

Entre los factores relacionados a las enfermedades del intestino bajo se encuentran el género masculino, la edad, la ubicación geográfica e incluso el nivel socioeconómico.[2]

En general la prevalencia de las enfermedades de intestino bajo es alta en países desarrollados y un poco menor en países desarrollados, sin embargo dentro de un mismo país puede variar la frecuencia de acuerdo al tipo de población.[2]

El diagnostico de las patologías de colon ha presentado un gran avance debido a la innovación en los métodos de visualización directa. La colonoscopia es una técnica que permita la observación directa de la mucosa del colón e incluso de segmentos distales del íleon, además de poder tomar muestras para estudios anatomopatológicos e incluso realizar algunas terapias locales; por otra lado la rectosigmoidoscopia de la que se hablará delante, se limita a la exanimación del recto y sigmoides.[3]

Rectosigmoidoscopia

La rectosigmoidoscopia es la técnica de observación directa que permite la evaluación del recto así como una porción del colon sigmoides.[3] Este estudio es ideal para la identificación de lesión, diagnóstico e incluso abordajes terapéuticos.[4]

Mientras que la colonoscopia es la prueba de tamizaje considerada como más efectiva y por lo tanto más utilizada, la práctica de la rectosigmoidoscopia también ha probado ser capaz de disminuir la mortalidad en diversos estudios y en el caso de la colitis ulcerativa es el estándar de oro para la valoración de la curación.[5,6]

Patologías del colon y recto

Enfermedad diverticular del colon

Los divertículos son pequeños sacos que se forman en la pared del colon, se definen como una herniación compuesta pos mucosa y submucosa desarrolladas como consecuencia de la presión intralumen del colon, o debido a defectos del tejido conectivo como se presenta en ciertos síndromes.[7]

La enfermedad diverticular puede presentarse como diverticulosis colónica, enfermedad diverticular no complicada, diverticulitis simple y complicada, o sangrado diverticular.[7]

La frecuencia de los divertículos colónicos se presentan en 8.5% de la población general, y son más frecuentes a partir de la quinta década de la vida, con una relación de 3:2 a favor del género masculino.[8]

Enfermedades inflamatorias intestinales

La colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn 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; suelen tener un componente familiar y étnico.[9]

Pólipos

La presencia de pólipos es uno de los problemas más comunes que afectan el colon, se calcula que hasta un 30% de los adultos lo padece. La mayoría de los pólipos son benignos sin embargo se ha establecido que existe una relación entre su presencia y el posterior desarrollo de cáncer colorrectal.[10]

Hemorroides

Las hemorroides son la patología más frecuente de la región anal a diferencia de otras enfermedades del colon son más prevalente en mujeres. Las hemorroides son

consideradas como un tipo de insuficiencia venosa; 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 (enfermedad criptoglandular)

Un absceso anorrectal se define 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, la cual se define como un conducto de paredes fibrosas que comunica a la cripta anal que le dio origen con la piel perianal o con el recto; el orificio localizado en la cripta se denomina primario y el cutáneo o mucoso, orificio secundario. De esta manera los abscesos anorrectales y las fístulas anorrectales constituyen un padecimiento asociado y evolutivo, el primero como la forma aguda y el segundo como la fase crónica.[12,13,14]

Para evitar complicaciones es de suma importancia su correcta identificación, diagnóstico y tratamiento, ya que puede generar procesos sépticos más graves, y por otra parte iatrogenia o el desarrollo de fístulas complejas muy difíciles de tratar. [12]

Absceso anal

El absceso anal es una de las lesiones anorrectales mas frecuentes, la cual resulta en trayectos fistulosos, la mayoría de estos son manejados con drenaje directo, mediante incisiones, con buen resultado.[14]

El absceso anal se define como una colección de pus en los espacios perianales, lo cual es consecuencia de la obstrucción de una glándula anal, con estasis bacteriana. Estos se pueden extender de la fosa isquioanal, en el espacio supra elevador, en uno ambos lados formando una colección, siendo en ambos lados conocido como absceso en herradura. [14]

Cuando los abscesos perianales se extiende de manera intrapélvicos, se deben tratar de manera quirúrgica con incisiones directas sobre la lesión, siendo el objetivo principal abordar de manera integral este tipo de patologías con incisiones perianales, en abscesos complejos es necesario la realización de varios orificios de salida con el objetico de drenar adecuadamente el material purulento y colocando drenajes que darán una mejor evolución y resultado. [14]

La gran mayoría de los abscesos anales se originan en 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. La función normal de las glándulas anales es la lubricación del canal anal. La obstrucción de las criptas anales da como resultado estasis de la secreción glandular con una subsecuente infección por los gérmenes fecales presentes en su interior. [12,15]

Fisura anal

Fisura anal se define como una ulceración lineal, de características benignas, situada en alguna de las comisuras del conducto anal, que se extiende de 1 a 2 mm de la línea anorrectal hacia el ano. 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.]

Esta es una de las patologías más comunes que podemos encontrar en la consulta del medico familiar, así como, cirujano general, el gastroenterólogo y el especialista en coloproctología; hasta el 10% del total atendido por este último grupo. 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 es un diagnóstico que puede involucra diferentes patologías sangrantes como malformaciones vasculares, divertículos y neoplasias. Representa el 20% de las hemorragias del tubo digestivo y puede ocurrir en cualquier edad.[17]

Técnica

Instrumentación

Para la realización de las restosigmoidoscopias se puede contar con aparatos rígidos o flexibles, ambos se describirán a continuación:

	Aparatos rígidos	**Aparatos flexibles**
Tipos	Anoscopio Rectoscopio Rectosigmoidoscopio	Sigmoidoscopio Colonoscopio corto Colonoscopio largo
Objetivo	Exploraciones terapéuticas como: Fisuras Hemorroides Pólipos rectales	Exploraciones diagnósticas.

Fuente: Elaboración propia.

Preparación

La rectosigmoidoscopia es una exploración que requiere del ayuno del paciente ya que el colon 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.

La limpieza del colon se realiza mediante la administración de un laxante potente al paciente en las horas previas al estudio.

El uso de la sedación consiente es la técnica más empleada, este método se usa en conjunto con la analgesia, y en algunos casos anestesia. Los fármacos más utilizados para la sedación son el midazolam y la petidina.

Efectividad de la prueba

Lin y cols.[18], evaluaron los diferentes métodos de tamizaje para cáncer colorrectal, en su estudio se reportó que la sigmoidoscopía flexible reduce la mortalidad específica para CCR hasta 12 años en comparación con el no tamizaje.

De acuerdo a Colombel y cols.[5], al comparar la rectosigmoidoscopia con la colonoscopia en la valoración de la colitis ulcerativa los resultados son similares tanto para detectar enfermedad como curación.

Algunos estudios han mostrado que entre 1.5 y 2.6% de las evaluaciones consideradas como sigmoidoscopía negativa en realidad omiten una lesión avanzada como adenomas mayores de 1 cm o cáncer.[6]

1.2 ANTECEDENTES ESPECIFICOS

Concordancia en el diagnóstico de un médico de primer y segundo nivel con los diagnósticos del especialista

En México, Arévalo-Díaz y cols.[4], realizaron un análisis de la concordancia entre el diagnóstico endoscópico y el histopatológico además de considerar las razones del estudio, las características endoscópicas y morfológicas. 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 de para referir a los pacientes a sigmoidoscopia. El protocolo consistió revisar todas las notas clínicas y de referencia de los pacientes enviados a sigmoidoscopia, los cual al llegar fueron entrevistados nuevamente y una vez preparado el colon se realizó la sigmoidoscopia flexible; posteriormente se analizaron y compararon los resultados. Los criterios para referencia incluían una edad mayor a 40 años, sangrado, cambios en el hábito intestinal persistente, anemia inexplicable entre otros. Los resultados obtenidos en dicha clínica fueron un 82% de referidos que cumplían criterios, 47% de los referidos contaban con una patología detectable por sigmoidoscopia y 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.

A pesar de que la valoración por observación directa provee de claridad para el diagnóstico y 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; en ellos el pronóstico fue peor ya que una vez detectado se encontraba en etapas avanzadas. Estos resultados se asociaron al sexo femenino, edad avanzada, comorbilidades, cáncer del lado derecho del colon, procedimientos electivos y volumen de colonoscopias.

En Estados Unidos, Castañeda y cols.[20], evaluaron las características que llevan a la población hispana a realizar un estudio de tamizaje para cáncer de colón, como la colonoscopía, de acuerdo a sus resultado en esta población el contar con algún tipo de seguro médico, haber visitado al médico en último año y en el caso de las mujeres contar con una mamografía reciente eran factores que se asociaban positivamente a la realización de colonoscopía.

En un estudio realizado durante los años 2016 al 2018, sobre concordancia entre diagnóstico de envío y definitivo de la patología anorrectal, consulta externa de cirugía de colon y recto en la UMAE, se encontró que la concordancia es de 40.2% entre ambos diagnósticos [1].

El ***objetivo general*** de este trabajo de investigación fue conocer la concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel y el diagnóstico posterior a la rectosigmoidoscopia

2. -PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado que existe discordancia entre el diagnóstico enviado por el servicio de salud de primer nivel y el diagnóstico final posterior a la rectosigmoidoscopia de los padecimientos coloproctológicos, lo que retrasa el tratamiento de la patología desde el primer contacto hasta el envío con el médico especialista en colon y recto. Con todo esto, surge la duda de cuáles son los padecimientos más comunes y la correlación que existente entre su envió y su diagnóstico final posterior a la rectosigmoidoscopia.

Por lo que surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la concordancia entre el diagnóstico de envío y el diagnóstico rectosigmoidoscópico en patología anorrectal en la UMAE Hospital de Especialidades de Puebla, durante el período 2017-2019?

3.- JUSTIFICACION

En México, existe un gran numero de pacientes los cuales presentan problemas anales y rectales, a pesar de esto existe un gran falta de comprensión en la atención de la salud de esta parte del cuerpo humano por parte del personal médico, esto por un desconocimiento de las caracteristicas clinicas de cada patologia asi como sus diferencias, lo que nos lleva a un mal protocolo en la atención de dichos pacientes. Por todo lo anterior se realizan diagnósticos y tratamientos de manera incorrecta, teniendo en consecuencia un agravamiento de la patologia, esto aunado a los estigmas asociados al padecimiento mismo que desalienta y cohibe al paciente a buscar ayuda y atencion especializada.

4.- MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal, retrolectivo, unicéntrico, descriptivo y homodémico. El tipo de muestra fue conveniencia, no probabilístico.

Pacientes

Se incluyeron 223 pacientes de ambos géneros, entre las edades de 11 a 80 años, pertenecientes a la consulta de colon y recto con expediente clínico completo, excluyendo pacientes con protocolo de estudio incompleto y se eliminaron pacientes con patología maligna de colon y recto, en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla Centro Médico Nacional General de División Manuel Ávila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Ciudad de Puebla, en el periodo comprendido del año 2017-2019. El tamaño de la muestra se considera finita dada por el total de pacientes en el periodo de estudio.

Instrumentos

Realizado mediante la revisión del expediente clínico electrónico con previa aceptación del Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, número 2101, una vez obtenidos los datos necesarios se llevo a cabo la investigación, clasificando los resultados con base al reporte de la rectosigmoidoscopia e histopatología. Los recursos materiales utilizados fueron, rectosigmoidoscopio, internet, hojas y computados parala revisión de expedientes, así como el vaciado de los datos y análisis estadístico de los mismos. Los recursos financieros fueron los propios responsables del estudio.

El presente estudio cuenta con todos los aspectos éticos, se aprobó por el Comité Local de Investigación en Salud. Este protocolo se diseñó de acuerdo a los lineamientos anotados en los siguientes códigos:

Reglamento de la Ley General de Salud

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, para la salud, Títulos del primero al sexto y noveno 1987. Norma técnica No. 313 para

la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las instituciones de Atención a la Salud.

Reglamento federal: título 45, sección 46 y que tiene consistencia con las buenas prácticas clínicas.

Declaración de Helsinki: Principios éticos en las investigaciones médicas en seres humanos, con última revisión en Escocia, octubre 2000.

Principios éticos que tiene su origen en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, titulado: “Todos los sujetos en estudio firmaron el consentimiento informado acerca de los alcances del estudio y la autorización para usar los datos obtenidos en presentaciones y publicaciones científicas.

En todo momento se conservó el anonimato de los participantes y los datos fueron utilizados únicamente con fines científicos.

Procedimiento

Se hicieron las revisiones necesarias para obtener las patologías anorrectales de mayor prevalencia en esta población.

Una vez aprobado el protocolo, se inicio la revisión de expedientes de pacientes de la consulta externa de la especialidad de cirugía de colon y recto de la Unidad Médica de Alta Especialidad, tomando en cuenta las variables, fecha de inicio de la patología, síntomas, edad, sexo y las variables de diagnóstico de envío, diagnóstico en consulta externa, diagnóstico rectosigmoidoscopico y diagnostico histopatológico. Una vez obtenidos los resultados se analizo mediante estadística descriptiva y analítica, se evaluaron los resultados y se publicaron las conclusiones.

Análisis estadístico

Una vez obtenidos los datos necesarios para llevar a cabo la investigación, se clasificaron los resultados con base al reporte de rectosigmoidoscopia e histopatológico. Se analizaron estos resultados para reclasificarlos en el tipo, histopatología, edad, sexo, utilizando el software Microsoft Excel. Estos datos, fueron procesados mediante la asociación de las variables establecidas en el protocolo y por último, los resultados se representaron en gráficas.

Se consideró un estudio factible ya que se cuenta con población de cirugía de colon y recto con los diagnósticos de envío y rectosigmoidoscopia posterior así como histopatológicos finales.

5.- RESULTADOS

Fueron un total de 223 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
La edad media fue 49.3, mínima 11, máxima 82, ± 15.46 años.
De éstos, 123 (55.2%) fueron hombres y 100 (44.8%) mujeres.

Los detalles se muestran en la tabla 1.

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

	n	%
Hombre	123	55.2
Mujer	100	44.8
Total	223	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

Con respecto a la sintomatología de los pacientes, la mayor parte de los pacientes presentaron 2 ó más síntomas. Los detalles se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: muestra los síntomas de los pacientes incluidos en el estudio

	n	%
Exudado	51	22.9
Dolor anal	6	2.7
Hematoquecia	1	.4
Prurito anal	9	4.0
Estreñimiento	1	.4
Incontinencia	9	4.0
Rectorragia	68	30.5
2 o mas	78	35.0
Total	223	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

Para el diagnóstico de envio, la mayoria de los pacientes se enviaron con diagnostico de enfermedad hemorroidal. Los detalles se muestran en la tabla 3.

Tabla 3: muestra los diagnósticos de envió de los pacientes incluidos en el estudio

	n	%
Enfermedad hemorroidal	127	57
Fistula	27	12.1
Fisura	16	7.2
Absceso	16	7.2
Tumor de recto	3	1.3
Condilomas anales	9	4.0
Pólipos	7	3.1
2 o más	18	8.1
Total	223	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

Con respecto al diagnóstico coloproctológico realizado en la consulta de colon y recto de la unidad lo más comun fue que los pacientes presentaran dos patologias colorrectales, los detalles se muestran en la tabla 4.

Tabla 4: muestra los diagnósticos en la consulta de colon y recto de los pacientes incluidos en el estudio

	n	%
Enfermedad hemorroidal	48	21.5
Fistula	44	19.7
Fisura	44	19.7
Absceso	1	0.4
Tumor de recto	22	9.9
Condilomas anales	2	.9
Pólipos	6	2.7
2 o más	56	25.1
Total	223	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

En cuanto al diagnóstico rectosigmoidoscopico, lo más comun fue la presencia de 2 o mas patologias. A los pacientes con condilomas anales no fueron candidatos a rectosigmoidoscopia.Los detalles se muestran en la tabla 5

Tabla 5: muestra el diagnóstico rectosigmoidoscópico de los pacientes incluidos en el estudio

	n	%
Enfermedad hemorroidal	48	21.5
Fistula	44	19.7
Fisura	44	19.7
Absceso	1	.4
Tumor de recto	25	11.2
Condilomas anales	0	0
Pólipos	2	2.2
2 o más diagnósticos	56	25.1
Total	223	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

De acuerdo a los diagnósticos obtenidos se otorgo el tratamiento especifico par cada patologia. En la tabla 6 se muestran los detalles.

Tabla 6: muestra el tratamiento otorgado en los pacientes incluidos en el estudio

	n	%
Manejo medico	16	7.2
Cirugía anorrectal	173	77.6
Cirugía mayor	29	13
Manejo endoscópico	5	2.2
Total	223	100.0

Abreviaturas: n=muestra, %=porcentaje.

La concordancia del diagnostico de envio de primer nivel con el diangnóstico dado en la consulta de coloproctologia y el diagnóstico dado por la rectosigmoidoscopia fue de 0.176 Kappa para ambas con una p=0.000.

6.- DISCUSIÓN

La atención de pacientes con patología colorrectal en primer nivel de atención es muy importante, ya que el primer contacto del paciente es en este nivel.

La importancia radica en que un diagnóstico temprano y certero puede evitar complicaciones severas en los pacientes incluso evitar hasta la muerte.

En México, el paciente con patología colorectal acude a consulta en forma tardía, lo que empeora el pronóstico.

En este estudio donde se incluyeron 223 pacientes con patología anorectal diagnosticados inicialmente en primer nivel de atención, y posteriormente enviados a tercer nivel para atención y diagnósticos definitivos, la edad media de los pacientes fue 49.3 años. Esto concuerda con algunos estudios sobre patologìa colorrectal que mencionan que la patología del ano-recto se presenta más frecuentemente en la quinta década de la vida[(15)]. Sin embargo otros estudios mencionan que la frecuencia mayor es en la sexta década de la vida.[4]

En cuanto al sexo, no se encontró predominio de presentación, lo cual concuerda con la literatura mundial que 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.[4]

De acuerdo a los resultados de este estudio, se pudo observar que el síntoma más común fue la rectorragia en 30.5% de los pacientes, seguido de exudado perianal en 22.9% y prurito en 4%. Con respecto a la rectorragia concuerda con los estudios consultados en la literatura ya que algunos mencionan que éste es el signo más comun reportado o presentado en los pacientes[13]. Sin embargo, la presentación de dos o más síntomas predominó importantemente en los pacientes estudiado con 35%

El diagnóstico reportado con mayor frecuencia en las notas de referencia, fue enfermedad hemorroidal (57%), seguido de fístula (12.1%) y dos o más diagnositcos (8.1%). Esto concuerda con algunos de los estudios revisados de la bibliografía teniendo dentro de las patologias más comunes a la enfermedad hemorroidal. Sin embargo la presencia de dos o mas patologías predomina en el resto de la literatura revisada.

En la revisiòn bibliografica no se encontró ningún artículo que hable sobre concordancia entre diagnóstico de primer nivel de atención y diagnóstico especializado en tercer nivel de atención. En este estudio, se encontró una concordancia pobre (0.176, Kappa) para estos diagnósticos. Esto se traduce en que la valoración a estos pacientes en el primer nivel de atención no es adecuada, y lo podemos atribuir a una falta de conocimientos, a falta de una exploración clínica enfocada al órgano que se está revisando, falta de equipo, o incluso a exceso de trabajo. Sin embargo, ninguno de estos factores justifica la incongruencia del diagnóstico dado, con el diagnóstico final.

En cuanto al diagnóstico de envío y el diagnóstico dado con la rectosigmoidoscopía, se observó que la concordancia es pobre (0.176, Kappa) para estos diagnósticos, siendo muy similar con el caso comparado entre el diagnóstico de envio y el diagnóstico especializado en el tercer nivel de atención, teniendo como consecuencia la falta de conocimiento de la patologia ano rectal y a su vez una exploracion mal dirigida que no concuerda con el diagnóstico de envío, repercutiendo en un envio tardio para el manejo de los pacientes.

Se observó que la concordancia entre el diagnóstico coloproctológico con el diagnóstico rectosigmoidoscopico fue muy buena (0.983. Kappa) lo cual nos demuestra que una exploración bien dirigida a los sintomas nos ayudara a tener una buena precision en el diagnóstico.

Es importante mencionar que la rectosigmoidoscopia no solo tiene valor diagnóstico sino también nos sirve para evaluar caracteristicas 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 pronostico.

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 esudio es la muestra de pacientes, que permitio obtener resultados adecuados.

7.- CONCLUSIONES

De acuerdo a estos resultados se puede concluir que la concordancia entre el diagnóstico de envío de primer nivel de atención de pacientes con enfermedad anorectal, y el diagnóstico dado por el médico especialista en coloproctología es pobre.

Sugerencias

Se sugiere realizar cursos y capacitación en el personal de primer y segundo nivel de atención. Una vez que el personal esté capacitado, proveer del material adecuado para que se pueda realizar una exploración completa, enfocada a la patología y poder tener un diagnóstico de referencia más certero, lo cual llevaría a un pronóstico y tratamiento adecuados en estos pacientes.

8.- BIBLIOGRAFIA

1. Ortíz A JJ. Concordancia entre el diagnóstico de envío y definitivo en la consulta externa de cirugía de colon y recto de CMN Puebla entre el periodo 2016-2018. Tesis de especialidad en Cirugía General. BUAP, IMSS, 2019.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Colombel JF, Ordás I, Ullman T, Rutgeerts P, Cai A, O'Byrne S, Lu TT, Panés J. Agrement between rectosigmoidoscopy and colonoscopy analyses of disease activity and healing patients with ulcerative colitis. Gastroenterology 2015; 1-5.
6. 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.
7. Acuña R. Patología Colorrectal. Rev Med Clin Condes 2014; 25(1): 114-121.
8. Rahmer A, Pattillo JC. Manual de Patológia Quirúrgica. Pontificia Universidad Católica de Chile 2019.
9. Yamamoto JK, Gutierrez 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. American Society of Colon and Rectalk Surgeons. Pólipos del Colon y Recto. Recuperado de: https://www.fascrs.org/patients/disease-condition/polipos-del-colon-y-el-recto

11. Repiso A, Alcántara M, Muñoz-Rosas C, Rodríguez-Merlo R, Pérez-Grueso MJ, Carrobles JM, Martínez-Potenciano JL. Manifestaciones extraintestinales de la enfermedad de Crohn. Prevalencia y factores relacionados. Rev Esp Enferm Dig 2016; 98(7): 510-517.
12. Cirujanos AE de. Manual AEC de proctología para atención primaria. Luis RRJ, editor. España: Asociación Española de cirujanos; 2014.
13. 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
14. Diagnóstico y tratamiento del absceso anal en pacientes pediátricos y adultos en los tres niveles de atención. México: Secretaría de Salud; 2013.
15. Bach HH, Wang N, Eberhardt JM. Common anorectal disorders for the intensive care physician. J Intensive Care Med. 2014;29(6):334–41.
16. Diagnóstico y tratamiento de la fisura anal en el adulto. México: Secretaría de Salud; 26/marzo/2015.
17. David R de Rungs Brown, M. R. (2014). Manejo de la hemorragia de tubo digestivo bajo. Acta Médica Grupo Ángeles, 194-202.
18. 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.
19. Sorelli PG, Illiadis AD, Payne JG. The effectiveness of a rapid-access flexible sigmoidoscopy clinic in a district hospital. IntSurg 2014; 99: 374-378.
20. 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.

21. 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.
22. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la fístula anal en el adulto. México: Secretaria de Salud; 2013.
23. American Medical Association. Anoscopy, proctosigmoidoscopy, flexible sigmoidoscopy, and colonoscopy. CPT 2017.

9.- ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: _____

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: _____

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: _____

Procedimientos: _____

Posibles riesgos y molestias: _____

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: _____

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: _____

Participación o retiro: _____

Privacidad y confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- ☐ No autoriza que se tome la muestra.
- ☐ Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- ☐ Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Álvaro José Montiel Jarquín
Colaboradores: José Galaor Gutiérrez Durante, Ana Lilia Pacheco Carrillo

No Aplica

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

11.2 HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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