

Síndrome del Intestino Irritable: Diagnóstico en Atención Primaria y por Gastroenterólogos

Resumen objetivo elaborado

por el Comité de Redacción Científica de SIIC sobre la base del artículo

Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome: Primary Care Physicians Compared with Gastroenterologists

de

Pareki G, Wozniak A, Temidayo Abegunde A

integrantes de

Loyola University Chicago, Chicago; Loyola University Medical Center, Maywood, EE.UU.

El artículo original, compuesto por 7 páginas, fue editado por

Clinical medicine & research

21(3):129-135, Sep 2023



Una consulta única y temprana con un gastroenterólogo podría mejorar la eficiencia del diagnóstico y el tratamiento, al aumentar las tasas de diagnóstico correcto y disminuir el número de pruebas solicitadas para llegar al diagnóstico adecuado.

Introducción

Se estima que entre el 10% y el 15% de la población adulta en los Estados Unidos tiene síntomas del síndrome de intestino irritable (SII), aunque solo entre el 5% y el 7% de estos pacientes reciben el diagnóstico apropiado. Los pacientes con SII tienen compromiso sustancial de la calidad de vida, esencialmente como consecuencia del dolor, el deterioro de la función o la depresión y la ansiedad. Los criterios de Roma IV constituyen el abordaje diagnóstico estándar; estos criterios consisten en la presencia de dolor abdominal además de cambios en la frecuencia o la forma de las deposiciones, o la relación entre el dolor y las deposiciones. Además, los síntomas deben haber estado presentes al menos un día en promedio por semana durante los últimos 3 meses, y deben haber aparecido al menos 6 meses antes del diagnóstico. Los criterios para el diagnóstico del SII han sido revisados frecuentemente, de modo de hacerlos aplicables en todos los entornos de la práctica asistencial. Aunque el SII se considera un trastorno gastrointestinal funcional, esta última designación es motivo de debate, ya que la evidencia científica sugiere alteraciones en la interacción intestino-cerebro, como mecanismo posiblemente involucrado en la fisiopatología del SII. Existen diferentes subtipos de SII: el SII con constipación como síntoma predominante (IBS-C), el SII con diarrea como síntoma predominante (IBS-D), el SII mixto (IBS-M) y el SII no especificado.

Aunque el SII suele considerarse un diagnóstico de exclusión, múltiples revisiones avalan el concepto de que la presencia de los síntomas mencionados, en ausencia de síntomas de alarma, equivale a un diagnóstico positivo de SII. En este sentido, la opinión de los expertos es coincidente. Por ejemplo, en una encuesta realizada en 2010 con 50 expertos en SII, solo el 8% de ellos consideró que el SII era un diagnóstico de exclusión, en comparación con el 72% de los profesionales en atención primaria (PAP) y gastroenterólogos comunitarios encuestados. Los profesionales que consideraron el SII como un diagnóstico de exclusión generaron

costos sustancialmente más altos por pruebas diagnósticas. El *American College of Gastroenterology* (ACG) establece que un paradigma positivo de diagnóstico y una subtipificación apropiada de la enfermedad pueden mejorar tanto la rentabilidad como el tiempo hasta el inicio de la terapia. Sin embargo, debido a la naturaleza multifactorial y evolutiva del SII, y al deseo de no pasar por alto un diagnóstico más grave, los PAP pueden sentirse mal preparados para hacer un diagnóstico positivo de SII sin una interconsulta con gastroenterología. Por lo tanto, es necesario alcanzar un equilibrio entre la rentabilidad, la puntualidad y la experiencia en el diagnóstico y el tratamiento del SII. En este contexto, el objetivo del presente estudio fue identificar las barreras para diagnosticar con precisión el SII, y evaluar las diferencias entre el diagnóstico y el tratamiento del SII por parte del PAP y de gastroenterólogos.

Métodos

Se obtuvieron más de 3000 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de SII, según los códigos de la ICD-10 en el *Loyola University Health System*. Se seleccionaron al azar 1000 historias clínicas de pacientes vivos de entre 18 y 65 años. Se tuvieron en cuenta los datos demográficos y de diagnóstico, y la resolución de los síntomas; los criterios de Roma IV para el diagnóstico del SII se aplicaron retrospectivamente a cada paciente según la historia clínica documentada. El diagnóstico de SII se consideró validado si se documentaban los criterios de Roma IV. Después de establecer los diagnósticos primarios se consideraron las tasas de diagnósticos falsos positivos (SII diagnosticado sin cumplir los criterios de Roma IV) y falsos negativos (otros diagnósticos asignados cuando se cumplían los criterios de Roma IV) en los dos grupos de profesionales. Se tuvo en cuenta la cantidad de pruebas solicitadas para diagnosticar el SII y se comparó la mediana del número de pruebas de diagnóstico en un período de 12 meses antes y después del diagnóstico inicial de SII.

Se construyeron tablas de contingencia y se calcularon la sensibilidad, la especificidad, el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN), con sus intervalos de confianza del 95% (IC 95%), para el diagnóstico de SII realizado por PAP y gastroenterólogos. Las comparaciones entre el número de pruebas entre el PAP y el gastroenterólogo se evaluaron mediante una prueba de suma de rangos de Wilcoxon. La resolución de los síntomas entre grupos se comparó con la prueba de *chi* al cuadrado. Se utilizaron pruebas para datos emparejados o independientes, según correspondiera.

Resultados

La población del estudio abarcó 1000 pacientes, de entre 18 y 65 años. La edad promedio fue de 45 años y el 76.9% eran mujeres. El subtipo de SII más común fue el SII-D, seguido por el SII-C y el SII-M. Estos tres subtipos representaron el 98.2% de todos los diagnósticos. Los PAP atendieron a 841 de los pacientes; en 628 de 841 pacientes, los PAP establecieron el diagnóstico de SII. Sin embargo, solo 280 pacientes fueron diagnosticados correctamente. Los gastroenterólogos atendieron a 501 pacientes; 242 de 501 recibieron el diagnóstico de SII, aunque solo 187 pacientes fueron diagnosticados correctamente. Un total de 366 pacientes fueron atendidos por el PAP y por gastroenterólogos. Se excluyeron del análisis 24 pacientes sin evidencia documentada.

Al analizar todos los datos disponibles, la sensibilidad del diagnóstico de SII realizado por PAP fue del 77.6% (IC 95%: 73.3 a 81.9), en comparación con 60.1% (IC 95%: 54.7 a 65.6) entre los gastroenterólogos. La especificidad para el diagnóstico de SII realizado por PAP fue del 27.5% (IC 95%: 23.5 a 31.5), en comparación con 71.1% (IC 95%: 64.6 a 77.5) para el diagnóstico establecido por gastroenterólogos. El diagnóstico de SII por un gastroenterólogo tuvo un alto VPP, del 77.3% (IC 95%: 72 a 82.6), en comparación con un VPP del 44.6% (IC 95%: 40.7 a 48.5) para el diagnóstico por PAP. Cuando solo se utilizaron datos emparejados ($n = 366$), la sensibilidad fue del 67.6% (IC 95%: 61.7 a 73.6), y del 57.1% (IC 95%: 50.9 a 63.4) para el diagnóstico realizado por PAP y gastroenterólogos, respectivamente. La especificidad del diagnóstico de SII fue del 44.5% (IC 95%:

35.9 a 53.1) y del 76.6% (IC 95%: 69.2 a 83.9), en el caso de PAP y gastroenterólogos, respectivamente. El diagnóstico establecido por gastroenterólogos tuvo un VPP alto, del 81.9% (IC 95%: 76.1 a 87.8), en comparación con el 69.4% (IC 95%: 63.5 a 75.3) para el diagnóstico realizado por el PAP. No se encontraron diferencias significativas entre el PAP ($n = 392$) y el gastroenterólogo ($n = 75$) para la mediana del número de pruebas de diagnóstico necesarias para controlar el SII (3 frente a 2, $p = 0.721$). Para los 174 pacientes con datos acerca de la evolución clínica, el 69.5% refirió la resolución de los síntomas durante el seguimiento.

De 58 pacientes atendidos solo por PAP, el 81% tuvo resolución de los síntomas, en comparación con el 73.1% de 26 pacientes atendidos solo por gastroenterólogos. Solo el 61.1% de los pacientes atendidos tanto por un gastroenterólogo como por un PAP refirieron resolución de los síntomas ($p = 0.0335$). Los PAP diagnosticaron incorrectamente el SII (no especificado u otro, 67.2% de sobrediagnóstico) y el SII-C (56.8% de sobrediagnóstico) en tasas más altas de las que asignaron a un diagnóstico positivo correcto. Para los PAP, el único síntoma para el cual la proporción de subdiagnóstico fue mayor que la proporción de diagnóstico negativo correcto de SII fue la diarrea (o heces blandas; 55.6% de subdiagnóstico).

Conclusión

El presente estudio transversal y retrospectivo tuvo por finalidad analizar las disparidades entre el diagnóstico y el tratamiento del SII entre PAP y gastroenterólogos. La sensibilidad del diagnóstico de SII por gastroenterólogo coincide estrechamente con la sensibilidad de los criterios de Roma IV en los estudios de validación. La alta especificidad y el VPP del diagnóstico realizado por gastroenterólogos sugieren un diagnóstico más cauteloso por parte de los especialistas, siendo más probable que los PAP asignen un diagnóstico de SII de forma incorrecta o sin documentación suficiente de los criterios de Roma IV. Asimismo, las tasas de resolución sugieren que el tratamiento del SII en atención primaria es apropiado, pero los PAP pueden beneficiarse de la consulta temprana con el gastroenterólogo y de las pautas de diagnóstico para una mayor especificidad en el diagnóstico del SII.