

Comentario sobre la metodología del artículo “Comorbilidades del síndrome de intestino irritable en Colombia: análisis de datos del ministerio de salud”

Commentary on the methodology of the article “Comorbidities of Irritable Bowel Syndrome in Colombia: Analysis of Data from the Ministry of Health”

Gerardo Andrés Puentes-Leal.^{1*} 

ACCESO ABIERTO

Citación:

Puentes-Leal GA. Comentario sobre la metodología del artículo “Comorbilidades del síndrome de intestino irritable en Colombia: análisis de datos del ministerio de salud”. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(4):534-536. <https://doi.org/10.22516/25007440.1464>

¹ Médico Internista y Gastroenterólogo, especialista en Epidemiología Clínica y Docencia Universitaria, magíster en Economía de la Salud, Hospital Serena del Mar, Cartagena de Indias. Fundación Santafé. Bogotá, Colombia.

*Correspondencia: Gerardo Andrés Puentes-Leal. gandrespl@yahoo.com.ar

Fecha recibido: 09/10/2025

Fecha aceptado: 13/11/2025



Señor Editor:

El artículo de Saade y Rosselli⁽¹⁾, publicado en el volumen 40 número 2 de 2025, resalta la importancia de contar con registros nacionales de diagnósticos en salud que permitan fortalecer la vigilancia epidemiológica, optimizar la distribución de recursos, evaluar el impacto de las intervenciones sanitarias y servir como base para estudios de prevalencia, siempre que la información registrada sea válida, sensible y específica^(2,3).

En Colombia, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), establecidos por la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud⁽⁴⁾, obligan a las IPS y EPS a reportar los diagnósticos CIE-10 generados durante la atención de los pacientes. Sin embargo, el uso de los RIPS como fuente primaria de datos para estimar prevalencias presenta limitaciones metodológicas importantes. Estos registros tienen un propósito administrativo y de facturación, no clínico, por lo cual no es posible verificar el cumplimiento de los criterios diagnósticos ni la aplicación de ayudas paraclínicas⁽⁵⁻⁷⁾. Además, carecen de trazabilidad sobre la evolución del paciente y las modificaciones de sus diagnósticos, lo cual compromete su validez para estimar prevalencias^(8,9).

Adicionalmente, los RIPS son susceptibles a errores de codificación CIE-10, al *sobre-diagnóstico* en servicios de urgencias o atención primaria, o al *subregistro* en pacientes con múltiples comorbilidades^(10,11). Tampoco representan adecuadamente a las regiones descentralizadas del país, que por limitaciones de cobertura no reportan información⁽¹²⁾. En enfermedades raras o de alto costo, que requieren confirmación diagnóstica especializada, los registros administrativos pueden ser fuentes confiables. Sin embargo, en entidades cuyo diagnóstico depende de criterios clínicos basados en síntomas y tiempos (como el síndrome de intestino irritable [SII]), estos registros presentan sesgos de clasificación que comprometen la validez interna de los análisis^(13,14).

El SII pertenece al grupo de los trastornos del eje intestino-cerebro, condiciones crónicas que generan distintos grados de gravedad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. Desde 2016, el diagnóstico debe establecerse aplicando los criterios de Roma IV, los cuales son de uso obligatorio en investigación y recomendables como criterios de inclusión en la práctica clínica⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Históricamente, la variabilidad en el abordaje de estos síntomas motivó la creación de The Rome Foundation en 1996, conformada por investigadores gastroenterólogos expertos mundiales. Esta organización ha desarrollado y actualizado los criterios diagnósticos con base en la evidencia, con el fin de estandarizar el diagnóstico y la investigación. La última actualización (Roma IV, 2016) incorporó los mecanismos fisiopatológicos, promovió la adaptación transcultural de los criterios

y fortaleció el enfoque biopsicosocial^(17,18). La próxima versión, Roma V, se espera para 2026. En Colombia, las guías de práctica clínica reconocen oficialmente los criterios de Roma como referencia diagnóstica⁽¹⁶⁾.

El cambio de Roma III (2006) a Roma IV (2016) redujo la prevalencia estimada del SII, al aplicar criterios más específicos y excluir casos de sobreposición de síntomas como dispepsia funcional^(17,18). Por tanto, los estudios que no especifican qué versión de los criterios se aplicó pueden sobreestimar o subestimar la prevalencia real. Asimismo, el subdiagnóstico ocurre en pacientes con síntomas leves que no consultan, mientras que el sobrediagnóstico se presenta cuando médicos no aplican los criterios de Roma IV y etiquetan como SII a pacientes con síntomas inespecíficos, sin evaluar su gravedad ni persistencia. No todos los dolores abdominales o los cuadros de estreñimiento o diarrea corresponden a SII⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Actualmente, no se recomienda utilizar como referencia global las prevalencias del SII reportadas por Canavan y colaboradores, como lo mencionan Saade y Rosselli⁽²²⁾, dado que la revisión incluyó estudios de diferentes décadas y heterogéneos en cuanto a los criterios diagnósticos empleados. Más recientemente, el estudio epidemiológico global de The Rome Foundation estimó una prevalencia de SII de 4,3% en Colombia aplicando estrictamente los criterios de Roma IV, lo que minimiza los sesgos de medición e información⁽²³⁾.

Una limitación del estudio de Saade y Rosselli⁽¹⁾ es que no se especifica el instrumento diagnóstico utilizado para identificar los casos de SII. Se desconoce si los registros se basaron en los criterios de Roma III, Roma IV o en diagnósticos clínicos inespecíficos. Por ello, los resultados de prevalencia deben interpretarse con precaución: los RIPS no constituyen un instrumento clínico válido que garantice el diagnóstico real de SII, sino una fuente administrativa cuya utilidad es principalmente descriptiva y sujeta a sesgos de registro.

En consecuencia, el cálculo de razones de prevalencia o la cuantificación de riesgos aumentados de comorbilidades en esta población deben considerarse afectados por sesgos de medición y clasificación, los cuales distorsionan la magnitud y dirección de las asociaciones estimadas; aunque se ha documentado coexistencia de algunas condiciones clínicas

con el SII, otras se deben analizar con precaución, como es el caso del riesgo en la esquizofrenia. Para aumentar la validez de los hallazgos, es recomendable complementar los análisis con fuentes clínicas, revisión de historias médicas o validación diagnóstica mediante los criterios de Roma IV.

El estudio de Saade y Rosselli⁽¹⁾ evidencia la necesidad de optimizar los sistemas nacionales de información en salud, fortaleciendo la calidad y trazabilidad de los datos clínicos. Solo así se podrá aprovechar el potencial de los registros administrativos como herramientas complementarias en investigación epidemiológica, siempre que se reconozcan sus limitaciones y se empleen métodos que mitiguen los sesgos de medición.

RESPUESTA A LA CARTA AL EDITOR

Agradecemos los comentarios realizados a nuestro artículo y coincidimos en que la observación planteada es válida. Reconocemos que las prevalencias reportadas pueden verse afectadas por el subregistro y el subdiagnóstico, situación que señalamos en el manuscrito, particularmente en los apartados de discusión y conclusión. Esto aplica tanto para el síndrome de intestino irritable (SII) como, en menor medida, para las demás condiciones evaluadas. Por esta razón, los valores de prevalencia y las razones de prevalencia no deben interpretarse como estimaciones absolutas, sino como aproximaciones basadas en los datos disponibles.

El objetivo principal del artículo fue mostrar, mediante la metodología de razones de prevalencia, que estas condiciones tienden a coexistir. Los hallazgos presentados, obtenidos a partir de datos de la vida real, permiten evidenciar dicha coexistencia, en concordancia con lo descrito por otros autores. No obstante, el manuscrito también argumenta de manera adecuada las limitaciones del estudio, lo que permite contextualizar correctamente los resultados.

Cordialmente,

Natalia Saade Cleves, MD
Diego Rosselli, MD

REFERENCIAS

1. Saade-Cleves N, Rosselli D. Comorbilidades del síndrome de intestino irritable en Colombia: análisis de datos del Ministerio de Salud. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2025;40(2):145-152. <https://doi.org/10.22516/25007440.1289>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Health Observatory: Health data and statistics [Internet]. Ginebra: WHO; 2023 [consultado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/data/gh>
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National Notifiable Diseases Surveillance System

- (NNDSS) [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [consultado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/nndss>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3374 de 2000. Diario Oficial No. 44 184 [Internet]. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2000 [consultado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf
 5. Rosselli D, Pantoja-Ruiz C. SISPRO: la base de datos administrativa del sistema de salud colombiano. *Acta Neurol Colomb*. 2022;38(4):187-190. <https://doi.org/10.22379/24224022426>
 6. Garcia-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepé P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2014;28(6):480-488. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>
 7. Murillo R, Bonilla S, Patiño D, Buitrago G. Validación del diagnóstico de cáncer gástrico en las bases de datos administrativas del sistema de salud colombiano. *Rev Col Cancerol*. 2024;28(4):139-148. <https://doi.org/10.35509/01239015.1048>
 8. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento Técnico para el Registro y envío de los datos del Registro Individual de Prestaciones de Salud – RIPS, desde las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a las EAPB. Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación – OTIC. Bogotá: Minsalud; 2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/OT/Lineamientos-tecnicos-para-IPS.pdf>
 9. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el uso de información en salud en Colombia [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2020 [consultado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20r%C3%A9gulos%20IPS.pdf>
 10. Fandiño-Losada A, Idrovo AJ, Téllez-Rozo N. Calidad de la información del sistema de salud colombiano: desafíos y oportunidades. *Rev Salud Pública (Bogotá)*. 2019;21(3):357-366.
 11. Gómez-García LC. Comparación de las fuentes de información sobre cuatro eventos de interés en salud pública de gran demanda en los servicios de salud, Neiva, 2013. *Biomédica*. 2015;35(Supl.3):154. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/issue/view/143>
 12. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Gestión 2023 [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2023 [consultado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/RCuentas/Documents/Informe-de-gestion-290124.pdf>
 13. Park JS, Lee CH. Clinical study using healthcare claims database. *J Rheum Dis*. 2021;28(3):119-125. <https://doi.org/10.4078/jrd.2021.28.3.119>
 14. Gil Rojas Y, Torres Duque CA, Figueredo M del C, Hernández F, Castañeda Cardona C, Lasalvia P, et al. Estimación de la prevalencia de EPOC en Colombia a partir del Registro Individual de Prestaciones de Servicios de Salud (RIPS). *Rev Colomb Neumol*. 2019;31(1):5-15. <https://doi.org/10.30789/rcneumologia.v31.n1.2019.325>
 15. Alvarado J, Otero W, Jaramillo Santos MA, Roa PA, Puentes GA, Jiménez AM, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable en población adulta. *Rev Colomb Gastroenterol*. 2015;30:43-56.
 16. Concha A, García del Risco F, Meisel Chinchilla E, Rincón Sánchez R, Leguizamo AM, Pulgar G, et al. Guía de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de intestino irritable en la población adulta: actualización y recomendaciones. Versión corta [Internet]. Asociación Colombiana de Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia; 2021 [consultado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.gastrocol.com/wp-content/uploads/2022/05/GUIA-PRACTICA-CLINICA-SII-VERSION-CORTA-2021.pdf>
 17. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV - Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257-1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>
 18. Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151-163. <https://doi.org/10.5056/jnm16214>
 19. Tariq T, Sieloff M, Irfan F. 488 National Trends and Outcomes of Irritable Bowel Syndrome Presenting to Emergency Departments: Results From the Nationwide Emergency Department Sample (NEDS) Database. *ACG*. 2019;114:S282-S283. <https://doi.org/10.14309/01.ajg.0000591484.81819.37>
 20. Hayat M, Ali IA, Nusrat S. Emergency Department Visits and Inpatient Admissions - Trends in IBS Over a Decade: 439. *ACG*. 2018;113:S256. <https://doi.org/10.14309/00000434-201810001-00439>
 21. Longstreth GF, Wong C, Chen Q. Misdiagnosis of diverticulitis after a prior diagnosis of irritable bowel syndrome (IBS). *J Am Board Fam Med*. 2020;33(4):549-560. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.04.190328>
 22. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clin Epidemiol*. 2014;6:71-80. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S40245>
 23. Schmulson MJ, Puentes-Leal GA, Bustos-Fernández L, Francisconi C, Hani A, López-Colombo A, et al. Comparison of the epidemiology of disorders of gut-brain interaction in four Latin American countries: Results of The Rome Foundation Global Epidemiology Study. *Neurogastroenterol Motil*. 2023;35(6):e14569. <https://doi.org/10.1111/nmo.14569>