



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS
ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL
PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012”**

Requisito previo para optar por el título de Médico

Autor: Camuendo Díaz, Edgar Alfonso
Tutor: Dr. Torres Torres, Johny Mauricio

Ambato – Ecuador

Octubre, 2013

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012” de Edgar Alfonso Camuendo Díaz, estudiante de la carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes, para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio 2013

EL TUTOR

.....
Dr. Johny Torres

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de mi exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio 2013

EL AUTOR

.....
Edgar Alfonso Camuendo Díaz

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en líneas patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Junio 2013

EL AUTOR

.....
Edgar Alfonso Camuendo Díaz

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012”**, de Edgar Alfonso Camuendo Díaz, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2013

Para constancia firma

.....
PRESIDENTE/A 1er VOCAL 2do VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. De igual forma, dedico esta tesis a mi madre que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles. A mi padre que ha compartido conmigo los buenos y en especial los malos momentos, y con sus consejos a sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mi hermano que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo y cariño. Mi triunfo es el de ustedes.

Edgar Camuendo

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado a mis padres que con sus esfuerzos me han brindado la oportunidad de educarme profesionalmente.

A mis maestros, que de una u otra manera han contribuido en mi formación científica y personal, que me han transmitido tanto la formación científica, tecnológica y sobre todo llena de valores y superación.

A mi tutor de tesis Dr. Johny Torres que me ayudó a desarrollarme en mi profesión tanto científica como éticamente, teniendo gran transcendencia en la culminación exitosa de mi proyecto de investigación.

Edgar Camuendo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	ii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN EJECUTIVO.....	xiv
SUMMARY.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	4
1.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	9
1.3 PROGNOSIS.....	9
1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.4.1 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	10
1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	11
1.7 OBJETIVOS.....	11
1.7.1 GENERAL.....	11
1.7.2 ESPECÍFICOS.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	12
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	14
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	14
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	17
2.5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18

· DISPEPSIA.....	18
· DEFINICIÓN.....	19
· CLASIFICACIÓN DE LA DISPEPSIA.....	21
· CAUSAS DE DISPEPSIA.....	22
· ETIOPATOGENIA.....	25
· FISIOPATOGENIA.....	26
· DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DISPEPSIA.....	30
· SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA.....	32
· ADULTO MAYOR HIPERTENSO.....	34
· CAMBIOS GASTROINTESTINALES.....	35
· ALTERACIONES CLÍNICAS DE LA MOTILIDAD.....	32
· DISPEPSIA EN EL ADULTO MAYOR.....	38
2.6 HIPÓTESIS.....	39
2.7 SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES.....	39

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
3.3 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.4 POBLACIÓN O MUESTRA.....	41
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
3.8 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	43
3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	43
3.10 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	46
3.10.1 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS.....	46
3.10.2. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN....	49
4.2 ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE RESULTADOS.....	50
4.3 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	61

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....	62
5.2 RECOMENDACIONES.....	62

CAPÍTULO VI

LA PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS	63
6.1.1 TEMA.....	63
6.2 ANTECEDENTES.....	64
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	64
6.4. OBJETIVO GENERAL.....	66
6.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	66
6.6 UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.....	67
6.7 MODELO OPERATIVO.....	68
6.8 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	69
6.9 ADMINISTRACIÓN.....	71
6.9 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA	71
BIBLIOGRAFÍA.....	
ANEXOS.....	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios diagnósticos Roma III de dispepsia funcional.....	20
Tabla 2. Definiciones y criterios de dispepsia.....	22
Tabla 3. Síntomas y signos de alarma en un paciente con dispepsia no investigada.....	32
Tabla 4. Población y Muestra.....	42
Tabla 5. Variable Independiente.....	44
Tabla 6. Variable Dependiente.....	45
Tabla 7. Plan para la recolección de información.....	47
Tabla 8. Dispepsia.....	50
Tabla 9. Síntomas de dispepsia.....	51
Tabla 10. Frecuencia de la dispepsia.....	52
Tabla 11. Inicio de la dispepsia.....	53
Tabla 12. Uso de Medicamentos.....	54
Tabla 13. Dispepsia y Medicamentos.....	55
Tabla 14. Tabaco.....	56
Tabla 15. Alcohol.....	57
Tabla 16. Ambiente Familiar.....	58
Tabla 17. Patologías Asociadas.....	59
Tabla 18. Dieta diaria	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Causas de dispepsia.....	
Gráfico 2. Criterios Roma III.....	
Gráfico 3. Conoce que es la dispepsia.....	
Gráfico 4. Síntomas de dispepsia.....	
Gráfico 5. Frecuencia de la dispepsia.....	
Gráfico 6. Inicio de la dispepsia.....	
Gráfico 7. Uso de Medicamentos.....	
Gráfico 8. Dispepsia y Medicamentos.....	
Gráfico 9. Tabaco.....	
Gráfico 10. Alcohol.....	
Gráfico 11. Ambiente Familiar.....	
Gráfico 12. Patologías Asociadas.....	
Gráfico 13. Dieta diaria.....	
Gráfico 14. Ubicación sectorial.....	

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TITULO: “DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERÍODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012”

Autor: Camuendo Díaz, Edgar Alfonso

Tutor: Dr. Torres Torres, Johny Mauricio

Fecha: Junio del 2013

RESUMEN

La dispepsia es una afección que presenta una elevada prevalencia constituyendo un motivo de consulta frecuente, determinando un importante impacto personal, laboral, sanitario y económico. La dispepsia es una afección de elevada prevalencia en América Latina. En Tungurahua es de aproximadamente 25% en la población general.

Constituye un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria (2-5%), como en centros especializados, llegando a constituir hasta el 40% de las consultas al gastroenterólogo, a pesar de que solo uno de cada cuatro pacientes con dispepsia consulta al médico.

El presente estudio es descriptivo, retrospectivo, clínico – epidemiológico, documentado, realizado en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato en el período Julio - Septiembre 2012. Se incluyeron pacientes adultos mayores que acuden a consulta externa con un universo de 117 pacientes, de los cuales, 103 presentaron anemia, con una distribución equitativa entre hombres y mujeres, asociados en su mayoría a factores de riesgo y malos hábitos.

Los datos fueron obtenidos a través de encuestas realizadas en el Servicio de Medicina Interna. Los factores de riesgo y hábitos identificados en este estudio fueron consumo tabaco alcohol, medicamentos especialmente AINES y por ultimo estados de estrés

La educación y los programas preventivos de atención primaria deben disminuir la población de pacientes con complicaciones que padecen dispepsia.

PALABRAS CLAVES: DISPEPSIA, DISPEPSIA_FUNCIONAL, MALOS_HÁBITOS, ADULTO_MAYOR.

**TECHNICALUNIVERSITYAMBATO
FACULTYOF HEALTH SCIENCES
MEDICALCAREER**

TITLE: “DYSPEPSIA IN ELDERLY HYPERTENSION PATIENTS TREATED IN THE OUTPATIENT INTERNAL MEDICINE OF HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO IN THE PERIOD JULY-SEPTEMBER 2012”

Author: Camuendo Díaz, Edgar Alfonso

Tutor: Dr. Torres Torres, Johny Mauricio

Date: Junio 2013

SUMMARY

Dyspepsia is a condition that has a high prevalence forming a common complaint, determining a significant personal impact, employment, health and economic. Dyspepsia is a condition highly prevalent in Latin America. In Tungurahua is about 25% in the general population.

It is a frequent complaint in both primary care (2-5%) and in specialized centers They constitute up to 40% of visits to gastroenterologists, although only one in four patients with dyspepsia medical consultation .

The present study is descriptive, retrospective, clinical - epidemiological, documented, performed in the Department of Internal Medicine Ambato Provincial Teaching Hospital in the period July to September 2012. We included elderly patients attending outpatient with a universe of 117 patients, of whom 103 had anemia, with an equal distribution between men and women, mostly associated risk factors and bad habits.

Data were obtained from surveys conducted in the Department of Internal Medicine. The risk factors identified in this study habits were snuff Alcohol consumption, especially drugs NSAIDs and finally stress states

Education and prevention programs primary care should reduce the population of patients with complications who have dyspepsia.

KEY WORDS: DYSPEPSIA, FUNCTIONAL_DYSPEPSIA, BAD_HABITS, ELDERLY.

INTRODUCCIÓN

La dispepsia, cuyo significado etimológico nos remite a una mala digestión, ha sido tradicionalmente una entidad interpretada de muy diferentes formas por los médicos; inclusive entre los especialistas siempre ha habido diferencias tanto respecto a su interpretación como al diagnóstico y al tratamiento.

Como su nombre indica, la dispepsia se ha considerado hasta hoy un problema más funcional que orgánico, pero ahora, por primera vez, un estudio describe alteraciones biológicas asociadas a este problema tan común.

Estas alteraciones se fundamentan en cambios en la mucosa del duodeno que se traducen en una mayor permeabilidad de la barrera intestinal e inflamación. Todo ello permitirá, a largo plazo, identificar dianas diagnósticas y terapéuticas específicas para esta enfermedad.

Los resultados de este estudio, publicados en la revista GUT y realizados en colaboración con el equipo de Ricard Farré, integrante del Translational Research Center for Gastrointestinal Disorders, concretan las lesiones halladas a nivel duodenal, pero además arrojan luz sobre el origen molecular de esta enfermedad.

Así, tal como sucedió con el síndrome del intestino irritable el año pasado, y gracias a un estudio del mismo grupo, este hallazgo supone un cambio de paradigma respecto a la dispepsia funcional e incorpora una nueva visión sobre esta enfermedad. Dada la larga duración y dificultades en el tratamiento de esta enfermedad, cualquier novedad en su fisiopatología puede suponer un gran cambio para estos pacientes.

Además, “la enorme similitud entre estos hallazgos en la mucosa duodenal y los encontrados en el resto del intestino en relación al síndrome del intestino irritable hace suponer que el origen de la enfermedad es muy parecido, aunque con manifestaciones en diferentes

localizaciones del tubo digestivo”, explica Javier Santos, responsable de esta línea de estudio del VHIR.

Por primera vez un estudio describe alteraciones biológicas asociadas a la dispepsia funcional, un problema tan común como desconocido.

Del origen emocional a las causas orgánicas

Hace tiempo que ya se trabajaba con la hipótesis de que debía de existir algún tipo de alteración y deterioro de la función de la barrera intestinal del duodeno en los pacientes con dispepsia. Pero no ha sido hasta la publicación de los resultados de este estudio que se han podido demostrar estas suposiciones.

“Nuestro grupo ha descrito por primera vez alteraciones en la permeabilidad de la barrera intestinal a este nivel. Además, hemos identificado un perfil anormal de la expresión de varias de las proteínas de adhesión entre células y una inflamación de la mucosa duodenal que se demuestra con una mayor presencia de células inmunológicas como los mastocitos y los eosinófilos”, explica Santos.

El estudio, además, ha demostrado, “una asociación significativa entre el nivel de expresión de varias proteínas de adhesión entre células de la membrana intestinal, el grado de aumento de la permeabilidad y la gravedad de la inflamación”. Todo ello perpetúa la inflamación y el deterioro de la mucosa del duodeno y da lugar a la sintomatología conocida de este síndrome.

“Todos los datos hallados desde que empezamos a estudiar el síndrome del intestino irritable primero y ahora la dispepsia han ido dando forma a un nuevo enfoque diagnóstico. Hasta ahora, el diagnóstico se sustentaba, fundamentalmente, en la naturaleza crónica de los síntomas sin la existencia de signos evidentes de enfermedad orgánica”, puntualiza Santos. “Ahora ya no es así y no hay excusas para no centrar esfuerzos en buscar dianas terapéuticas orientadas a restaurar el correcto

funcionamiento de la barrera intestinal como eje central del tratamiento de estos pacientes”.

Un trastorno desconocido

Los especialistas llaman dispepsia a cualquier trastorno que perturba la digestión (problemas de motilidad gastrointestinal o hipersensibilidad gástrica), lo que se conoce popularmente como digestiones pesadas. Afecta a un 20-40 % de la población y suele producir síntomas en la parte alta del aparato digestivo, siendo los más prevalentes el malestar abdominal, dolor y quemazón epigástrico, sensación de plenitud, náuseas y vómitos, y casi siempre asociados con la ingestión de alimentos.

A veces, cuando aparece de forma puntual, suele tener una causa identificada y es reversible, pero a veces es recurrente y crónico. Puede deberse a lesiones patológicas evidentes (tumores, úlceras gástricas o duodenales, etc.) pero, en más de la mitad de los casos, cuando se descartan todas las lesiones orgánicas causantes de este síndrome, enfermedades sistémicas o metabólicas, se suele incluso asociar al estrés o a trastornos emocionales, como sucede con el síndrome del intestino irritable, y es lo que se conoce como dispepsia funcional, muy común pero muy desconocida y sin un tratamiento eficaz más allá del sintomático.

La dolencia se produce generalmente de forma ocasional y aislada pero puede llegar a hacerse crónica ya sea porque se prolonga en el tiempo o porque se repite a menudo. Esta sintomatología puede durar incluso varios años seguidos y, aunque no constituye un problema de salud importante, altera considerablemente la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1 TEMA DE INVESTIGACIÓN:

“Dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato en el periodo julio-septiembre 2012.”

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.2.1 Contextualización:

1.2.1.1 Contextualización Macro

La dispepsia es una afección de elevada prevalencia en el mundo occidental. En EE.UU. y España es de aproximadamente 25% en la población general.

Constituye un motivo de consulta frecuente tanto en atención primaria (2-5%), como en centros especializados, llegando a constituir hasta el 40% de las consultas al gastroenterólogo, a pesar de que solo uno de cada cuatro pacientes con dispepsia consulta al médico.

La dispepsia es un trastorno gastrointestinal que actualmente está comenzando a generar mucho interés, debido a la constatación de su asociación con diversos factores psicosociales, tales como el estrés

psicosocial, la ansiedad, la depresión, y la somatización (Tobón, Vinaccia&Sandín, 2008, 2009).

La dispepsia tiene una alta prevalencia en la población general, muy similar a la del síndrome del colon irritable. En general, tal prevalencia puede situarse entre un 11% y 14% de la población (Cheng, Hui & Lam, 2009; El-Serag&Talley,

2009). Respecto a la prevalencia de los diferentes subtipos de dispepsia, los estudios son escasos, Kawamura et al. llevaron a cabo un estudio epidemiológico en una población japonesa y hallaron una mayor prevalencia de la dispepsia tipo dismotilidad (8,9%), seguida de la dispepsia tipo úlcera (5,2%). Además de la alta prevalencia en la comunidad, la dispepsia es un motivo frecuente de consulta médica en atención primaria (Jones et al., a pesar de que sólo consultan una cuarta parte de las personas con síntomas de dispepsia).

Todo esto implica importantes costes económicos asociados a la utilización de los servicios de salud por parte de las personas con dispepsia (Jones et al., Koloski, Talley&Boyce, 2010), además de ser una causa de sufrimiento en un porcentaje elevado de la población.

Si bien la dispepsia es considerada un trastorno de pronóstico benigno, en muchos casos se trata de una afección persistente y recidivante interfiriendo en las actividades cotidianas y en la calidad de vida del paciente. Esto determina un importante impacto tanto a nivel personal y laboral como sanitario y económico. A pesar que la mayoría de población adulta con síntomas de dispepsia no consulta al médico y opta por la automedicación, la dispepsia representa un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Una revisión sistemática (15 estudios) sitúa el porcentaje de consultas por síntomas dispépticos entre el 26% y el 70%. Esta revisión señala el nivel socio-económico bajo y la infección por *H. pylori* como factores asociados de manera consistente a la consulta por dispepsia.

1.2.1.2 Contextualización Meso

En el Ecuador los problemas orgánicos se deben a un trastorno gastrointestinal, desde úlceras, pancreatitis, hepatitis, reflujo gastroesofágico, hasta endometriosis, diabetes, alteraciones tiroideas, cáncer digestivo o de ovario, aunque esto sucede en pocos casos.

Puede ocasionar indigestión habitual el vivir con estrés, consumo de grasas, tabaco, alcohol o medicamentos irritantes como los antibióticos, el hierro y el potasio, comer en exceso, rápido o con tensión nerviosa.

Funcionalmente existe una mala digestión que no es orgánica ni inducida, sino que se debe a trastornos en el funcionamiento normal del tracto digestivo, como una mayor secreción ácida o una mayor sensibilidad al dolor.

Los problemas de digestión inducida o funcional pueden tratarse por ingerir alimentos en horas indebidas, o por cambios en la alimentación y estilo de vida. No se elige comidas ricas en proteínas como son el pescado, pollo, pavo, leche descremada que ayudan a reforzar la válvula que protege el estómago.

1.2.1.3 Contextualización Micro

En la zona centro y especialmente teniendo como referencia al Hospital Provincial Docente Ambato cabe destacar que de alrededor de 45000 pacientes atendidos durante el año; de los cuales se observa un 30% de pacientes con problemas abdominales.

También podemos mencionar que entre las enfermedades prevalentes tenemos:

Diarreas y patologías gastrointestinales.

Infecciones respiratorias agudas.

Infección de vías urinarias.

Parasitosis.

Anemia.

Dermatitis.

Otitis.

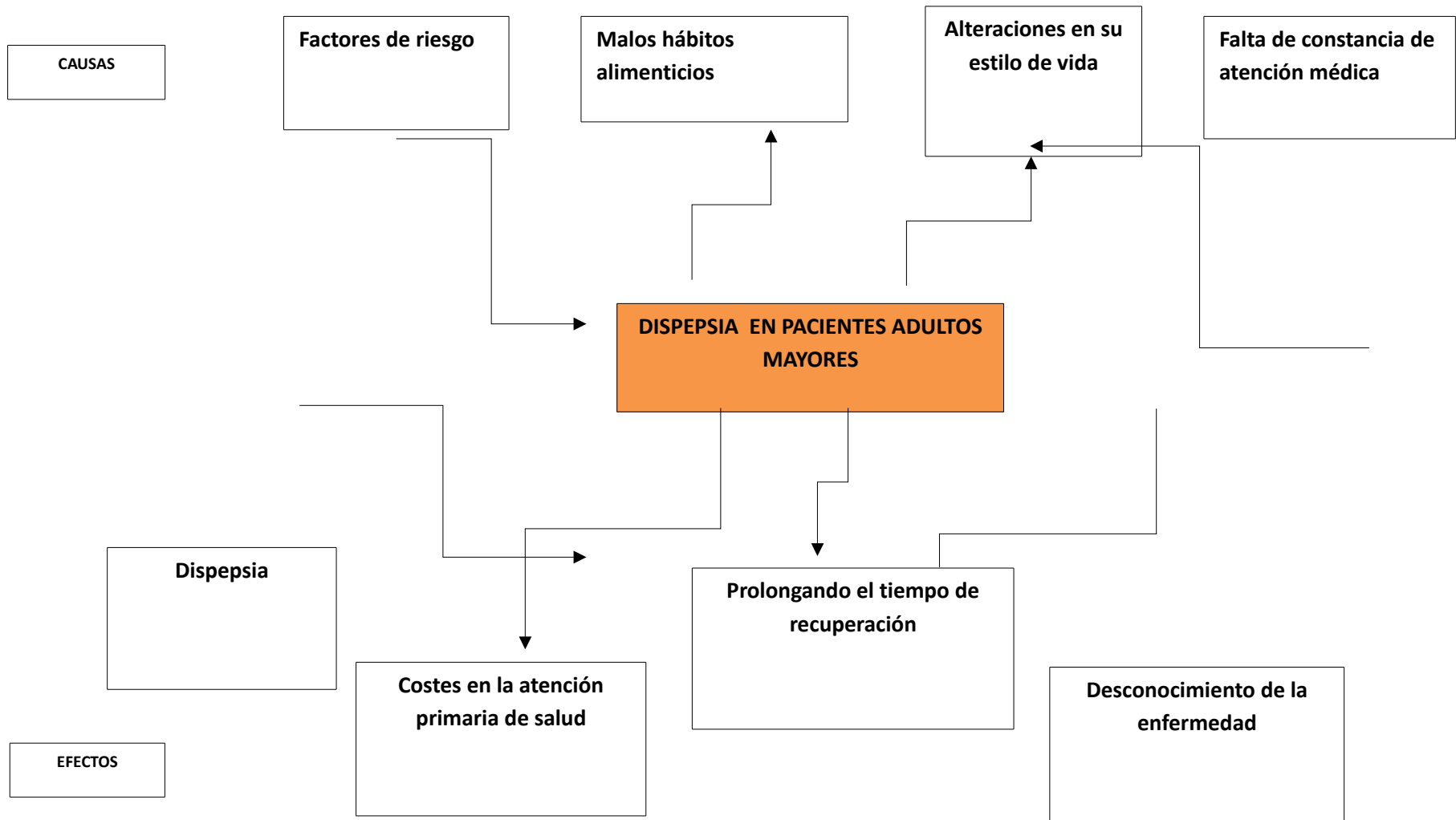
Hipertensión arterial.

Dengue clásico.

Salmonelosis

Cabe destacar que el la dispepsia relacionada con AINE tradicionales es frecuente especialmente en pacientes adultos mayores y es el efecto adverso que más encuentra el médico que prescribe AINE. La dispepsia por sí sola es un efecto secundario con repercusión clínica. De hecho, puede ser un problema importante para el médico el manejo de pacientes que refieren dispepsia y debido a la asociación con otras enfermedades que se presentan en este grupo de edad.

1.2.2. **ARBOL DE PROBLEMAS**



1.2.2.1 Análisis crítico.

La dispepsia se desencadena por varios factores entre ellos medicamentosos, malos hábitos alimenticios, alcohol, tabaco, estrés en pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial no es solo una problemática en nuestro medio sino toma consideraciones mucho más extensas; es decir a nivel mundial, aumentando los costes en la atención primaria de salud, prolongando el tiempo de recuperación del paciente y causando serias alteraciones en su estilo de vida y hábitos.

En el adulto mayor interviene no solo la existencia de enfermedades crónicas sino la repercusión funcional. Los niveles de comorbilidad aumentan el riesgo y la severidad de alteraciones físicas funcionales o mentales; asociado a malos hábitos alimenticios y el consumo de alcohol, tabaco así como el estrés.

Los adultos mayores además de ser un grupo vulnerable y prioritario en el ámbito de la salud, son también un grupo que va en aumento, de ahí la problemática de investigar más sobre efectos lesivos a su salud.

1.2.3 Prognosis.

En los pacientes hipertensos y más aun adultos mayores se debe realizar un seguimiento estricto de los factores de riesgo que podrían acelerar al apareamiento de dispepsia por diversas causas y los efectos indeseables que esta patología provoca, ya que no podría permitir ni la pronta recuperación del paciente y menos aún una mejora en su calidad de vida.

1.2.4 Formulación del Problema.

¿Cuál es la prevalencia de la dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo Julio-Septiembre 2012?

1.2.5 Preguntas directrices.

- 1 ¿Cuál es la incidencia de la dispepsia en pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial?
- 2 ¿Cuál es la importancia de conocer si el paciente está expuesto a estrés malos hábitos alimenticios y factores de riesgo que desencadenan la dispepsia?
- 3 ¿Qué alternativas de solución existirían para confrontar esta problemática en pacientes adultos mayores diagnosticados de hipertensión arterial que se encuentra elevado el riesgo de sufrir molestias gastrointestinales?

1.2.6 Delimitación del problema

1.2.6.1 Contenido:

- Campo: Salud
- Área: Medicina interna
- Aspecto: Atención primaria de salud

1.2.6.2 Delimitación:

- Espacial: Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato
- Temporal: Período Julio-Septiembre 2012

1.3 JUSTIFICACIÓN.

Es importante puesto que esta investigación tiene una relevancia no solo de tipo científico sino también social, ya que si se determinan realmente cuales son los factores de riesgo que producen daño a nivel gastrointestinal, se podrían plantear medios de solución para una problemática que cada día gana más víctimas

Esta investigación será de mucha utilidad puesto que brindara un amplio conocimiento sobre la dispepsia la misma que está asociado a factores de riesgo y varias comorbilidades.

Es factible realizarla ya que no solo se cuenta con el interés en esta problemática mundial, sino también con los medios y recursos que el Hospital Regional Docente Ambato puede brindar para la obtención de resultados satisfactorios, además el equipo investigativo y sobre todo los recursos que se necesitan para llevarla a cabo están disponibles.

1.4 Objetivos.

1.4.1 Objetivo General.

- ❖ Identificar cuál es la incidencia de pacientes adultos mayores con dispepsia atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato.

1.4.2 Objetivos específicos.

- ❖ Determinar si la dispepsia se desencadena en todos los pacientes adultos mayores hipertensos.
- ❖ Identificar si el estrés, malos hábitos alimenticios y demás factores de riesgo producen dispepsia.
- ❖ Proponer alternativas de solución para la dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

En un estudio de publicado por la [GacetaMedicaCom](#) con la denominación “Hallan permeabilidad de la barrera intestinal e inflamación de la mucosa duodenal” Este estudio, publicado en la revista *GUT* y realizado en colaboración con el equipo de Ricard Farré, integrante del Translational Reseach Center for Gastrointestinal Disorders, revela alteraciones en la permeabilidad de la barrera intestinal y una expresión anormal de varias de las proteínas de adhesión entre células, así como una inflamación de la mucosa duodenal que responde a una mayor presencia de células inmunológicas como los mastocitos y los eosinófilos. Como aclara Santos, esta alteración estructural facilita el paso de antígenos lumbinales al duodeno provocando el incremento y la activación de estas células inmunes, contribuyendo así a la generación y persistencia de síntomas gastrointestinales.

En un estudio de Diagnóstico y Manejo de la Dispepsia en la Consulta de Medicina Familiar y General en Panamá, Panamá. Presentado por MPA e-*Journal Med. Fam. & At. Prim. Int.* 2008, describen que los resultados: De los 71 pacientes con dispepsia, el 28,2% eran hombres y el 71,8% mujeres. La dispepsia fue más frecuente en mujeres entre los menores de 45 años, y luego de esa edad predominó en hombres. Según la edad, la dispepsia fue más frecuente en los grupos de 56-65 y 31-45 años. El 18% de pacientes con dispepsia recibió educación relacionada, y al 10% se le

indicó estudios complementarios diversos, con predominio de la radiología de contraste. El tratamiento farmacológico para dispepsia fue indicado al 87,3% de los pacientes. Los fármacos más utilizados fueron los procinéticos (39,3%), antisecretores (22,5%) y antiácidos (14,6 %).

En el estudio de Morales Aldas Andrea Carolina publicado por la Biblioteca Virtual de la Universidad Técnica de Ambato en julio de 2012 se llegó a la conclusión de que existe una relación directa entre el uso de ácido acetilsalicílico y el dolor abdominal.

Dos trabajos escoceses presentados en la última DDW en 2008 han investigado la mortalidad por hemorragia digestiva alta o perforación en el tracto gastrointestinal alto, y han encontrado que la edad, las comorbilidades y el uso de AAS o terapia antitrombótica fueron los factores independientes asociados a mortalidad precoz por hemorragia digestiva, mientras que para la perforación los factores fundamentales fueron el tratamiento con AAS y la edad, pero sobre todo las comorbilidades y la polimedicación que implican.

En una guía de práctica clínica sobre manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012 _ Javier P. Gisberta, Xavier Calvetb, Juan Ferrándizc,

Juan Mascortd,*, Pablo Alonso-Coelloe y MercèMarzof señalan que la

finalidad de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Manejo del Paciente con Dispepsia es generar unas recomendaciones acerca del manejo óptimo de la dispepsia en el ámbito de la atención primaria y especializada ambulatoria. Su objetivo principal es ayudar a optimizar el proceso diagnóstico, identificando a los pacientes con bajo riesgo de tener una patología orgánica grave (fundamentalmente tumoral), los cuales

podrían ser manejados de forma segura sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas invasivas y/o derivaciones al especialista. La importancia de este objetivo radica en la necesidad de no dejar de diagnosticar a los pacientes con un cáncer esófago-gástrico, tratar correctamente la úlcera péptica y, a la vez, reducir las endoscopias negativas para, en definitiva, utilizar de manera adecuada los recursos sanitarios disponibles.

2.2 . Fundamentación Filosófica.

La presente investigación está basada en el paradigma Critico-Propositivo porque tiene como finalidad la comprensión de la dispepsia asociada a varias causas en un paciente adulto mayor que acude al servicio de consulta externa de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

La visión de la investigación es saber si los pacientes hipertensos conocen cuáles son los factores de riesgo y hábitos para desarrollar dispepsia y así poder evitar otras posibles complicaciones. Así, mismo mantener una ética profesional acerca de cada paciente y su confidencialidad. Siendo necesaria la generalización científica debido a que se va a explicar el contenido del formato o documento a responder, por lo expuesto anteriormente se concluye en que, el presente trabajo es una investigación con objetivo informativo.

2.3. Fundamentación legal

El presente trabajo de investigación, toma como apoyo legislativo a la constitución del Ecuador; en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud se enuncia:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

En el capítulo tercero, referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, se enuncia:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

Capítulo tercero - Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

Art. 38.- punto 8, Estado tomará medidas de:

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental

En la Constitución del Ecuador. TÍTULO VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.

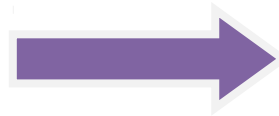
Art. 363.- El Estado será responsable de:

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.

2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

Acciones preventivas
Acciones preventivas
Malos hábitos
COMORBIDADES
Factores de riesgo



VARIABLE DEPENDIENTE

DISPEPSIA

VARIABLE INDEPENDIENTE

ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

2.5. Fundamentación Teórica.**2.5.1. Dispepsia****2.5.1.1. Factores que intervienen en la dispepsia.**

La salud se modifica según variantes de la sociedad como: clase social, grupo étnico, área geográfica.

2.5.1.2. Las variantes de clase social

Hay diferencias según los niveles de ingresos económicos. La enfermedad lleva a ingresos pequeños que impiden mantener una buena calidad de vida.

Las enfermedades son producto del estilo de vida. Los estilos están muy condicionados por situaciones socioeconómicas.

2.5.1.3. Las diferencias de género y grupo étnico.

Hay mayor número de enfermedades en mujeres que en hombres y con mayor frecuencia en los negros que en blancos.

2.5.1.4. En relación al área geográfica

Hay enfermedades genéticas frecuentes según las zonas.

2.5.1.5. Definición

Etimológicamente el término dispepsia proviene de las palabras griegas “dys” (malo o difícil) y “pepto” (cocer o digerir). Por lo tanto, su significado estricto es “mala digestión”. No obstante, en la actualidad el término dispepsia se utiliza para referirse a síntomas o grupos de síntomas que no necesariamente se relacionan con la ingesta. La definición más utilizada, y también la más laxa, ha sido la de “síntomas abdominales, episódicos o persistentes, que los pacientes o los médicos creen ser debidos a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo”.

Es por ello que muchas veces se utiliza para referirse a cualquier molestia digestiva o a la presencia de síntomas desencadenados por la ingesta, o incluso como sinónimo de enfermedad ulcerosa péptica. Estas discrepancias llevan a que diferentes patologías sean englobados bajo un mismo término, lo cual tiene implicancias en el diagnóstico etiológico y en las opciones terapéuticas.

Con el objetivo de unificar conceptos se han realizado varias clasificaciones que consideran fundamentalmente el tipo de síntomas, su relación con las ingestas, su duración y la localización anatómica. Una de ellas, propuesta por Talley en 1988, define la dispepsia como “dolor o malestar ubicados en el abdomen superior, debiendo estar presentes de forma crónica o recurrente, con o sin relación con las ingestas”.

Posteriormente se crearon los “comités de Roma” en donde se establecieron criterios sobre el manejo de trastornos funcionales digestivos que son actualmente los más difundidos. Así, en 1999 los “criterios de Roma II” definen dispepsia como “cualquier dolor o discomfort localizado en la parte central del abdomen superior”.

En esta clasificación se añade el término “discomfort” que hace referencia a una sensación negativa no dolorosa, incorporando una variedad de síntomas como la saciedad precoz, la distensión abdominal y las náuseas. Los síntomas pueden ser continuos o intermitentes y estar

relacionados o no con la ingesta. Si bien el tiempo de duración de los síntomas no está especificado, algunos autores consideran que éstos deben ocurrir al menos en un 25% de los días durante el último mes.

Otro aporte importante es que no considera a la pirosis y a la regurgitación como síntomas de dispepsia, ya que estos corresponden a síntomas específicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Si bien esta clasificación parece ser concisa y clara, tiene el inconveniente de que en la práctica muchas veces se hace difícil discernir entre la presencia de dolor o discomfort y esta distinción es muy subjetiva.

Por este motivo en el 2006 surgen los “criterios de Roma III”, en los que se define la dispepsia como “un síntoma o conjunto de síntomas que son considerados por los médicos, que tienen su origen en la región gastroduodenal”. Estos síntomas deben ser dolor o ardor epigástrico, pesadez postprandial y/o saciedad precoz.

Tabla I. Criterios diagnósticos Roma III de dispepsia funcional.

Por lo menos 3 meses, no necesariamente consecutivos, 6 meses anteriores al diagnóstico de:

- 1. Uno o más síntomas persistentes o recidivantes (dolor o ardor epigástrico, pesadez posprandial, saciedad precoz).**
- 2. Sin evidencia de causa orgánica en los estudios paraclínicos (incluida la fibrogastroscopía) que expliquen los síntomas.**
- 3. Ausencia de evidencia de que la sintomatología mejora exclusivamente con la defecación o se asocia con cambios en la frecuencia o consistencia de las deposiciones (no síndrome de intestino irritable).**

FUENTE. ArchMed Interna 2009; XXXI; 2-3: 69-73 Elaborado por: Edgar Camuendo.

Las definiciones de esta entidad clínica son heterogéneas y no existe una definición totalmente aceptada para el término dispepsia. La localización del dolor o malestar en la parte central del abdomen superior y/o que los síntomas sean atribuidos al tracto gastrointestinal superior forma parte de

todas las definiciones de dispepsia. El dolor localizado en hipocondrios no se considera característico de la dispepsia.

2.5.1.6. Clasificación de la dispepsia

La dispepsia se ha clasificado tradicionalmente en orgánica y funcional. Cuando se identifica una causa orgánica que pueda justificar los síntomas hablamos de dispepsia orgánica. Entre las causas de dispepsia orgánica las más frecuentes son la úlcera péptica y la esofagitis. Cuando tras realizar un estudio adecuado no logra identificarse una causa que justifique los síntomas del paciente se establece el diagnóstico de dispepsia funcional. La litiasis biliar puede ser causa de dolor de tipo biliar, pero no se considera causa de dispepsia. La colecistectomía en un paciente con dispepsia y litiasis biliar asintomática raramente mejora y puede incluso empeorar los síntomas dispépticos.

Desde hace años se ha clasificado en base al patrón de los síntomas predominantes y se ha subdividido en dispepsia ulcerosa y no ulcerosa con el objetivo de indicar un tratamiento específico para cada subgrupo. A pesar que esta clasificación es de las más utilizadas, es poco apropiada, ya que si bien la enfermedad ulcerosa puede ser una de las causas orgánicas de dispepsia, no es la única. Por lo tanto algunos grupos de trabajo consideran que es más adecuado y útil para el manejo clínico clasificar la dispepsia en 3 grupos: no investigada, funcional y orgánica.

- Dispepsia no investigada: se refiere a una dispepsia de instalación reciente o recurrente que hasta el momento no ha sido evaluada con fines diagnósticos y en consecuencia no se asocia con un diagnóstico específico.
- Dispepsia funcional: es la forma más frecuente de dispepsia (60%) y se refiere a la presencia de síntomas (dolor o ardor epigástrico, pesadez postprandial, saciedad precoz) en la que los estudios paraclínicos

(incluidos la fibrogastroscoopia) no han permitido identificar una causa orgánica, siendo por tanto un diagnóstico de exclusión.

- Dispepsia orgánica: hace referencia a la presencia de una causa orgánica o metabólica responsable de la sintomatología en la que los síntomas mejoran o desaparecen cuando se realiza un tratamiento específico de la causa involucrada.

Se pueden identificar múltiples causas capaces de producir dispepsia orgánica, siendo las más frecuentes la úlcera péptica gastroduodenal, la toma de medicamentos y el cáncer gástrico.

Tabla 2.Definiciones y criterios de dispepsia

Dispepsia: Se define como la presencia en hemiabdomen superior o retrosternal de dolor, molestia, ardor, náuseas, vómito o cualquier otro síntoma que se considere originado en el tracto gastrointestinal superior
Dispepsia no investigada: Dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en ausencia de estudio diagnóstico
Dispepsia orgánica o de causa conocida: Dispepsia (de acuerdo con la definición anterior) en la que se ha detectado alguna causa que razonablemente justifique los síntomas

FUENTE: Heading RC, et al (1991), Tack J, et al (2006)y Drossman DA, et al (2006).
Elaborado por: Edgar Camuendo

2.5.1.7. Causas de dispepsia

Dispepsia funcional (> 60%)

Dispepsia orgánica

Causas frecuentes:

- Úlcera péptica
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Medicamentos: AINE, hierro, digoxina, teofilina, eritromicina, potasio, etc.

Causas poco frecuentes

- Cáncer de estómago o de esófago
- Diabetes mellitus con gastroparesia y/o dismotilidad gástrica
- Isquemia mesentérica crónica
- Pancreatitis crónica

- Cáncer de páncreas
- Cirugía gástrica
- Enfermedad infiltrativa de estómago o intestino grueso (enfermedad de Crohn, gastritis eosinofílica, sarcoidosis)
- Enteropatía sensible al gluten, incluyendo enfermedad celíaca
- Cáncer de hígado
- Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo)
- Síndromes de la pared abdominal
- Parasitosis intestinales
- Enfermedades sistémicas (diabetes mellitus, enfermedades del tiroides y paratiroides, enfermedades del tejido conectivo)

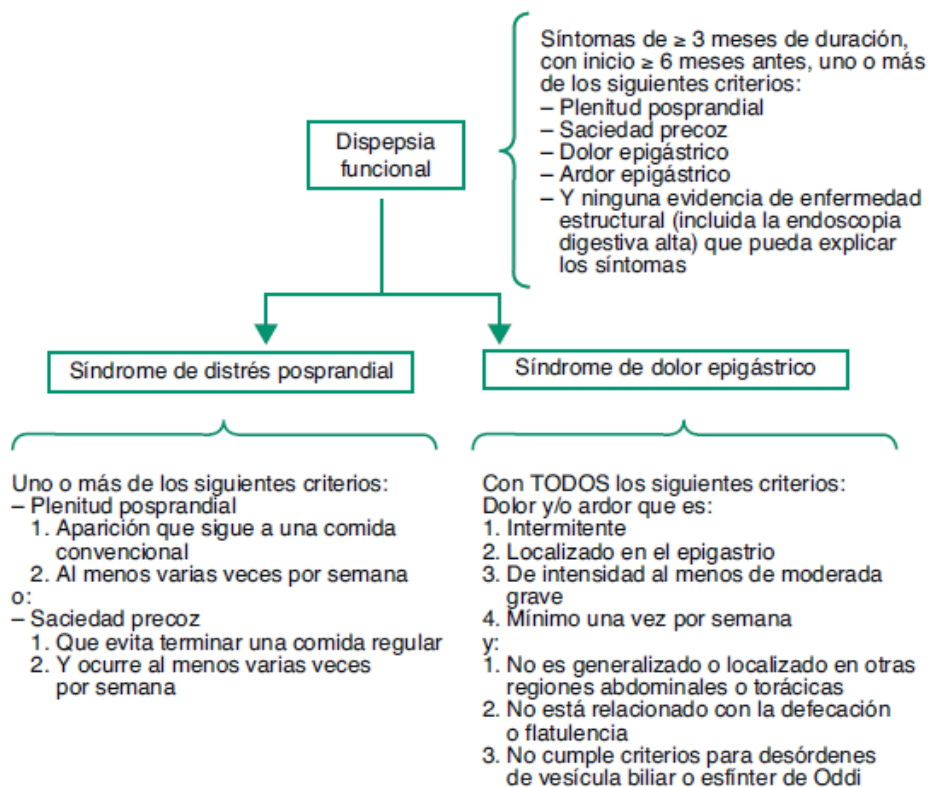
Figura 1. Causas de dispepsia Fuente: ArchMed Interna 2009; XXXI; 2-3: 69-73

Causas gastrointestinales más comunes
- Úlcera péptica (gástrica, duodenal)
- Medicamentos (AINES, hierro, digoxina, eritromicina, potasio, etc)
Causas gastrointestinales poco comunes
- Cáncer gástrico
- Colelitiasis
- Pacientes diabéticos con gastroparesia y/o dismotilidad gástrica
- Isquemia mesentérica crónica
- Pancreatitis crónica
- Cáncer de páncreas
- Cirugía gástrica
- Patología del tracto digestivo inferior (Ej: cáncer de colon)
- Obstrucción parcial del intestino delgado
- Enfermedades infiltrativas del estómago o del colon (Enf de Crohn, gastritis eosinofílica, sarcoidosis)
- Enfermedad Celíaca
- Hepatocarcinoma
Causas no gastrointestinales poco comunes
- Trastornos metabólicos (uremia, hipocalcemia, hipotiroidismo)
- Síndromes de la pared abdominal

Respecto al tiempo de evolución de los síntomas el “Comité de Roma III” estableció que para el diagnóstico de dispepsia funcional los síntomas deben estar presentes durante los últimos 3 meses, aunque no necesariamente de manera consecutiva, y haber comenzado un mínimo de 6 meses antes del diagnóstico (a diferencia de los 12 meses que establecían los “Criterios de Roma II”).

Figura 2.Roma III: criterios diagnósticos para la dispepsia funcional. Fuente: Tack J, et al (2006)

Elaborado por: Edgar Camuendo



Si bien al momento actual no se ha podido establecer una explicación fisiopatológica de la sintomatología, y a pesar de no tener esta subdivisión implicancias terapéuticas, se ha subclasificado a la dispepsia funcional según el tipo de síntomas predominantes en:

- **Tipo ulceroso:** siendo el síntoma predominante el dolor o ardor a nivel de epigastrio.

- **Tipo dismotilidad:** en este caso predomina la distensión abdominal, la saciedad precoz y la plenitud postprandial.

Tipo inespecífica: este término se aplica cuando no se cumplen los criterios para la dispepsia funcional tipo ulceroso ni tipo dismotilidad.

2.5.1.8. Etiopatogenia

Respecto a la dispepsia funcional aún hoy no se conocen con exactitud los mecanismos involucrados en la producción de los síntomas pareciendo poco probable que un único mecanismo pueda explicar sus diversas presentaciones clínicas.

Se han propuesto varias hipótesis para explicar los síntomas dentro de las que se incluyen: aumento de la secreción ácida, trastornos de la motilidad, hipersensibilidad visceral, aspectos psicossomáticos e infección por *Helicobacter pylori*.

Los mecanismos a través de los cuales la infección por *Helicobacter pylori* produciría síntomas no son bien conocidos. Podrían ser secundarios a la inflamación crónica activa (gastritis crónica) que alteraría los receptores de la percepción visceral gástricos provocando hipersensibilidad y trastornos de la motilidad tales como hipomotilidad antral.

Por lo tanto, debido a la probable participación como factor etiológico en la dispepsia funcional, el consenso de Maastricht 3 recomienda la búsqueda y posterior erradicación en los casos positivos de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia funcional. Esto también es apoyado en un reciente meta-análisis publicado en Cochrane en el que se incluyeron 21 ensayos clínicos aleatorizados donde se demuestra un beneficio de un 9% en el grupo donde se erradicó la infección comparado con el grupo que recibió placebo, siendo las diferencias estadísticamente significativas.

2.5.1.9. Fisiopatogenia

Alteraciones en la función motora gastroduodenal: En pacientes con dispepsia funcional se observan alteraciones en la función motora gastroduodenal entre el 20-40% de los casos e incluyen: alteraciones en la acomodación gástrica, vaciamiento gástrico alterado y anomalías de la contractilidad antral.

En la actualidad, estas alteraciones de la motilidad son un punto de atracción para los grupos que investigan la fisiopatología de esta entidad.

Los métodos más utilizados incluyen: estudios con barostato (-tensotato), escintigrafía, ecografía, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética nuclear a tiempo real y test de saciedad.

Acomodación gástrica: La acomodación gástrica se define como la reducción del tono gástrico e incremento de la complacencia (compliance) que sigue a una ingesta de alimentos, e involucra, al menos, dos respuestas: una “relajación receptiva” que permite al estómago recibir una carga de volumen sin un significativo aumento de la presión intragástrica, y es desencadenada por activación de mecanorreceptores localizados a nivel faríngeo y esofágico. Y una “relajación adaptativa”, durante la cual el tono gástrico es modulado en respuesta a específicas propiedades de los alimentos ingeridos (esto es, según el tipo de macronutriente).

La acomodación gástrica se observa también como respuesta a una distensión duodenal o a la infusión duodenal de nutrientes.

La acomodación gástrica es considerada muy importante en la fisiopatología de varios desórdenes gastrointestinales altos incluyendo la dispepsia funcional.

Cerca del 40% de los pacientes con dispepsia funcional presentan trastornos de la acomodación gástrica.

Reflejos vagales anormales pueden también jugar un rol, debido a que pacientes con síndrome postvagotomía presentan una similar alteración de la acomodación gástrica, y por otro lado, se observa una anormal función vagal en pacientes con dispepsia funcional.

Vaciamiento gástrico: La coordinación antro-píloroduodenal es central para el proceso del vaciamiento del contenido gástrico a través del píloro. Varios factores influyen el vaciamiento gástrico para líquidos y sólidos, los cuales son de gran importancia para el desarrollo de síntomas en la dispepsia funcional, dada la frecuencia con la cual los pacientes describen síntomas tras la ingesta de alimentos.

Entre el 20-50%^{12, 33, 34} de los pacientes con dispepsia funcional presenta un enlentecimiento en el tiempo de vaciamiento gástrico. Algunos estudios han sugerido que este retraso en el vaciamiento gástrico se asocia a específicos patrones sintomáticos, sobre todo a sensación de plenitud postprandial y vómitos, especialmente en pacientes de sexo femenino.

No obstante, recientemente ha sido observado que en un subgrupo de pacientes con dispepsia funcional el vaciamiento gástrico estaba acelerado, y ello ocurrió asociado a síntomas como plenitud postprandial, hinchazón, náusea y dolor. En esta subpoblación de pacientes, la indicación de proquinéticos sería una medida terapéutica equivocada, ya que podría empeorar los síntomas más que mejorarlos.

Anormalidades en las contracciones fásicas del estómago proximal:

Las contracciones fásicas gástricas inducen incrementos transitorios en la tensión de la pared gástrica, las cuales son normalmente imperceptibles. En pacientes con dispepsia funcional se observaron estas contracciones asociadas a la aparición de síntomas dispépticos.

Anormalidades en el ritmo eléctrico gástrico: Estudios con electrogastrografía demostraron alteraciones en el ritmo eléctrico gástrico en más de las dos terceras partes de los pacientes con dispepsia funcional: como consecuencia de ello, se observó un enlentecimiento en el vaciamiento gástrico.

Disturbios en la sensibilidad visceral: La pared intestinal contiene tres tipos de neurorreceptores: 1. quimiorreceptores en la mucosa, los cuales responden a estímulos químicos; 2. mecanorreceptores en la capa de músculo liso, que responden a tensión o compresión; y 3. nociceptores, en todas las capas, habitualmente silentes, pero que pueden ser reclutados por un intenso estímulo para producir dolor.

Durante esta última década, ha sido fuertemente sugerido que la hipersensibilidad visceral podría ser un mecanismo fisiopatológico muy importante en los desórdenes funcionales gastrointestinales. Los estudios de la distensión gástrica con barostato (que actúa sobre los mecanorreceptores) han confirmado que los pacientes con dispepsia funcional tienen umbrales más bajos para la primera sensación, para malestar y para dolor que los pacientes con causas orgánicas de dispepsia. En el mismo sentido, otros estudios demostraron que los pacientes con dispepsia tenían un mayor grado de percepción visceral en comparación con voluntarios sanos, lo cual expresa la presencia de una hiperalgesia visceral. Estas observaciones sugieren la existencia de alteraciones a nivel del sistema nervioso central, ya sea en forma aislada, asociada a una hipersensibilidad de los aferentes viscerales, o bien en estos últimos en forma independiente. En estos estudios, se ha observado además, que los pacientes con dispepsia funcional que tenían hipersensibilidad en el estómago proximal, presentaban más frecuentemente epigastralgia postprandial, eructos y pérdida de peso.

Los lípidos (que actúan sobre los quimiorreceptores) producen un aumento de la sensibilidad tanto en sanos como en pacientes dispépticos, lo cual no se observa con la infusión de glucosa; esto sugiere que los receptores para la colecistoquinina A (CCK-A) y serotonina (5-HT) estarían mediando, al menos en parte, las sensaciones gastrointestinales. Asimismo, la administración endovenosa de antagonistas de los receptores CCK-A reduce los efectos sobre la percepción gastrointestinal en estudios de distensión gástrica efectuados con balón.

La infusión duodenal de ácido clorhídrico en pacientes dispépticos (pero no en sanos) fue asociada con náusea, sugiriendo una hipersensibilidad duodenal a ácidos. Algunos pacientes tenían a nivel duodenal un clearance del ácido alterado y una respuesta motora duodenal patológica al ácido. Además la acidificación duodenal incrementó la sensibilidad

gástrica a la distensión con balón, y se acompañó de una alteración en la acomodación gástrica.

Infecciones: Infección crónica por *Helicobacter pylori*: Muchos estudios y varios meta-análisis ha intentado establecer una relación entre infección por *H. pylori* y dispepsia funcional. Se ha observado que los pacientes con dispepsia funcional y *H. pylori* que realizaron un tratamiento de erradicación de la bacteria, en el control al año presentaron una leve pero estadísticamente significativa mejoría de los síntomas.

Dispepsia postinfecciosa: La dispepsia postinfecciosa ha sido recientemente reconocida como una posible entidad clínica¹⁰. En el 17% de los pacientes con DF se detecta un inicio brusco de los síntomas, siguiendo a una gastroenteritis aguda, lo cual podría manifestar un origen postinfeccioso. También se ha observado que este grupo de pacientes presenta una mayor prevalencia de síntomas como saciedad precoz, pérdida de peso, náusea y vómitos. Y en estos pacientes con dispepsia postinfecciosa se describe una clara alteración en la acomodación postprandial del estómago, cuyo origen ha sido relacionado con una disfunción a nivel de las neuronas nitrérgicas intrínsecas gástricas. En otro estudio clínico, el inicio de los síntomas dispépticos fueron observados dentro del siguiente año tras una gastroenteritis por *Salmonella* sugiriendo, una vez más, un origen postinfeccioso.

Anormalidades psicosociales: Los síntomas psicológicos son más frecuentes en pacientes con dispepsia funcional que en pacientes con causas orgánicas de la dispepsia, tal como la úlcera duodenal. Además, factores psicológicos como la tensión y la neurosis y sus efectos sobre la función nerviosa central han sido postulados como mecanismos subyacentes para el desarrollo de síntomas característicos de la dispepsia funcional. En un estudio reciente, se comprobó que la ansiedad experimental inducida puede alterar la función sensorial y motora del estómago en sujetos sanos. De ello se interpreta que los factores

psicológicos pueden alterar la función fisiológica y que pueden ser la base del origen de algunos de los síntomas de la dispepsia funcional.

Por otro lado, factores psicosociales como tensión cotidiana, alteraciones psicológicas (particularmente ansiedad, depresión y somatización), alteraciones de la personalidad, historia de abusos, y alteraciones del comportamiento, están descritos como factores importantes en el proceso que determina la búsqueda de la atención médica por parte del paciente.

2.5.1.10. Diagnóstico clínico de dispepsia

Los individuos sanos pueden presentar síntomas dispépticos ocasionales que en la mayoría de los casos carecen de significado patológico. Definir qué síntomas dispépticos no merecen atención y cuáles merecen evaluación y tratamiento es difícil. En la práctica es el propio paciente el que decide qué síntomas dispépticos son lo suficientemente relevantes como para consultar al médico. En el momento en que el paciente consulta, una historia clínica detallada nos puede permitir establecer el diagnóstico de dispepsia. La historia clínica ha de recoger información sobre estilos de vida (tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio físico), toma de fármacos [sobre todo AINE y/o inhibidores de la bomba de protones (IBP)] y antecedentes personales significativos en relación con exploraciones complementarias, tratamiento de la úlcera péptica o de cirugía gástrica o la existencia de un diagnóstico previo de infección por *H. pylori*. Las características del dolor pueden dirigir el diagnóstico diferencial hacia otras entidades que cursan con epigastralgia, como el cólico biliar o el dolor de origen pancreático. El interrogatorio sobre los síntomas y su posible relación con el hábito intestinal ayudará a descartar un síndrome de intestino irritable, ya que estos se relacionan con la deposición. Asimismo, es necesario valorar la presencia de síntomas de alarma, que pueden condicionar una actitud diagnóstica más intervencionista. El interrogatorio debe incluir también las manifestaciones extraintestinales que puedan hacer sospechar una enteropatía sensible al

gluten, incluyendo el antecedente de enfermedad autoinmune, el retraso de crecimiento, osteoporosis a una edad temprana, ferropenia, infertilidad y de antecedentes familiares de enfermedad celíaca. La exploración física raramente aporta datos adicionales. La presencia de palidez cutáneo-mucosa, masa abdominal, visceromegalias o ascitis son signos de alarma que orientan claramente a enfermedad orgánica y obligan a profundizar en el proceso diagnóstico. Por el contrario, el dolor durante la palpación del epigastrio no permite diferenciar entre los pacientes que presentan una enfermedad orgánica o funcional. En algunos casos, el patrón de síntomas puede orientarnos en la etiología de la dispepsia; por ejemplo, la pirosis retrosternal y regurgitación predominante sugiere la presencia de ERGE y la epigastralgiaposprandial tardía que cede con alimentos o antiácidos y/o que despierta al paciente de madrugada sugiere úlcera péptica. No obstante, el valor predictivo de los síntomas para diferenciar entre las tres causas más frecuentes de dispepsia ---la ERGE, la úlcera péptica y la dispepsia funcional--- o para detectar enfermedades graves como el adenocarcinoma gástrico no supera el 50-60%. Además, se ha demostrado una gran variabilidad entre profesionales a la hora de calificar los síntomas de dispepsia en un paciente determinado. El bajo valor predictivo de los síntomas se debe en primer lugar a que a menudo la enfermedad ulcerosa péptica y la ERGE presentan síntomas atípicos; y en segundo lugar, a que la dispepsia funcional, la ERGE y la úlcera péptica son enfermedades frecuentes que pueden coexistir en un mismo paciente. Así, un estudio realizado en nuestro medio que analizaba 93.699 endoscopias digestivas mostró que el 9% de los pacientes con esofagitis por reflujo presentaba una úlcera péptica asociada. • En pacientes con síntomas de dispepsia se recomienda realizar una historia clínica detallada para orientar el diagnóstico inicial (**evidencia moderada, recomendación fuerte a favor**). • En los pacientes con dispepsia, la superposición de síntomas y enfermedades justifica recomendar una estrategia de abordaje común, sin excluir a los pacientes con síntomas

sugestivos de ERGE (**evidencia moderada, recomendación débil a favor**).

2.5.1.11. Síntomas y signos de alarma en un paciente con dispepsia no investigada

Tabla 3 Síntomas y signos de alarma en un paciente con dispepsia no investigada

Pérdida de peso significativa no intencionada
Vómitos intensos y recurrentes
Disfagia Odinofagia
Signos de sangrado digestivo (anemia, hematemesis o melena)
Masa abdominal palpable
Ictericia
Linfadenopatías

Fuente: Madsen LG (2000) y Talley NJ (2005).

Elaborado por: Edgar Camuendo

Aproximación diagnóstico-terapéutica a la dispepsia no investigada en función de la edad y de la presencia de síntomas y signos de alarma La gran preocupación cuando se emplean aproximaciones no invasivas como la estrategia “*test and treat*” (diagnosticar y tratar la infección por *H. pylori*) o el tratamiento empírico con IBP es que, al no realizar una endoscopia inicial, se pueda retrasar el diagnóstico de una posible neoplasia y pueda empeorar su pronóstico. Por esta razón la mayoría de las guías y documentos de consenso recomiendan la utilización de los síntomas y signos de alarma como un elemento clave para discernir qué pacientes son tributarios de una endoscopia precoz. A pesar de ello, los estudios disponibles son escasos y sus resultados inconsistentes. Algunos estudios han demostrado una asociación entre síntomas de alarma y patología orgánica (cáncer, úlcera y estenosis) mientras que otros no. En este último estudio, la edad y la anemia fueron predictores, aunque débiles, de patología orgánica, mientras que la

disfagia y la pérdida de peso no lo fueron. Por otro lado, también se dispone de varios estudios que han demostrado que, en el momento del diagnóstico, en la práctica totalidad de los pacientes con dispepsia no investigada y cáncer gástrico subyacente se presenta al menos un síntoma de alarma. Asimismo, también se ha de tener en cuenta la historia personal o familiar de cáncer gástrico y la mala respuesta al tratamiento inicial. Dado que el riesgo de neoplasia aumenta con la edad de comienzo de los síntomas, la mayoría de las guías y documentos de consenso recomiendan realizar una gastroscopia a todos los pacientes dispépticos por encima de una determinada edad, estableciéndose el punto de corte de acuerdo con los datos epidemiológicos de incidencia del cáncer esófago-gástrico en la población diana. Los primeros estudios situaron el punto de corte en los 40 años o los 45 años. Sin embargo, los estudios más recientes aunque no todos, lo sitúan generalmente en los 55 años. La edad de corte para indicar una gastroscopia ha sido y sigue siendo motivo de intenso debate y los datos disponibles no son concluyentes. En nuestro medio parece razonable aceptar como indicativo un punto de corte en los 55 años (similar al elegido en las recomendaciones de las guías más recientes). Los argumentos se centran en que: *a)* en la práctica, el riesgo de cáncer gastroesofágico en los pacientes con dispepsia no investigada sin signos o síntomas de alarma es muy bajo; *b)* los excepcionales casos de cáncer diagnosticados en pacientes jóvenes sin síntomas de alarma presentan en su mayoría un estadio muy avanzado, y *c)* la incidencia de cáncer gástrico en la población de nuestro entorno es relativamente baja. • En los pacientes con dispepsia no investigada con uno o más síntomas y/o signos de alarma se recomienda una gastroscopia como exploración inicial para descartar patología orgánica, en especial una neoplasia gastroesofágica **(evidencia baja, reco-mendación fuerte a favor)**. • En los pacientes con dispepsia no investigada cuyos síntomas se han iniciado a una edad > 55 años se recomienda una gastroscopia como exploración inicial, aun en

ausencia de signos o síntomas de alarma, para descartar una neoplasia gastroesofágica (**evidencia baja, recomendación fuerte a favor**).

2.5.2. Marco teórico Variable independiente

2.5.2.1. Adulto mayor hipertenso

La expresión tercera edad es un término [antrópico-social](#) que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas. En esta etapa el cuerpo se va deteriorando y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se trata de un grupo de la población que tiene entre 65-70 años de edad o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término *personas mayores* (en España y Argentina) y *adulto mayor* (en América Latina). Es la séptima y última etapa de la vida (prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez o ancianidad).

Este grupo de edad ha estado creciendo en la [pirámide de población](#) o distribución por edades en la estructura de población, debido principalmente a la baja en la tasa de [mortalidad](#) por la mejora de la [calidad](#) y [esperanza](#) de vida de muchos países.

La [Geriatría](#) estudia la prevención de curación y rehabilitación de enfermedades en la tercera edad; y la [Gerontología](#) estudia los aspectos [psicológicos](#), educativos, [sociales](#), [económicos](#) y [demográficos](#) relacionados con los adultos mayores.

Alrededor del 20% de la población general padece dispepsia en España, un trastorno que se caracteriza por dolor o molestias en la parte superior del abdomen, acompañado de sensación de estar lleno después de las comidas, flatulencia, pirosis y distensión abdominal.

La dispepsia se engloba dentro de los denominados trastornos de la motilidad (movilidad) digestiva, que pueden afectar a cualquiera de los

órganos que componen el aparato digestivo (esófago, estómago, intestino delgado, colon y recto), y cuya frecuencia aumenta con la edad.

Los movimientos del tubo digestivo se llevan a cabo gracias a la musculatura lisa del intestino, que, con la edad, se va deteriorando. Además, en el paciente anciano, es muy frecuente la presencia de enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Parkinson, o accidentes cerebrovasculares, que van a dificultar la motilidad digestiva.

El porcentaje de prevalencia en la población anciana española asciende a más del 30%, estimándose que más de 3 millones de personas de 65 años o más (alrededor de 55.000 en Murcia) padecen dispepsia.

Teniendo en cuenta que las personas ancianas padecen otras enfermedades y, por ello, suelen estar polimedizadas, los expertos hacen hincapié en la necesidad de utilizar tratamientos, además de eficaces, seguros y sin interacciones con otras terapias.

Los trastornos de la motilidad gastrointestinal detectados con mayor frecuencia por el especialista en el paciente mayor incluyen disfagia, dispepsia, anorexia y alteraciones de la función colónica. Los autores describen los cambios fisiológicos asociados con estos trastornos y ofrecen estrategias para su diagnóstico y tratamiento.

2.5.2.2. Cambios gastrointestinales

El término presbiesófago es el utilizado con mayor frecuencia para describir los cambios esofágicos asociados con el envejecimiento. Un estudio en nonagenarios asintomáticos reveló variaciones en la función motora esofágica que incluyen disminución de la relajación del esfínter esofágico inferior (EEI), así como su desplazamiento hacia la región intratorácica y retraso del vaciamiento esofágico asociado con contracciones no peristálticas. Estas modificaciones parecen estar relacionadas con una reducción de la densidad neuronal a nivel del plexo mientérico. En el octogenario, las presiones del esfínter esofágico superior (EES) en reposo descienden, al igual que la velocidad y la duración de las contracciones esofágicas. Los cambios anatómicos

comprenden disminución de células en los ganglios mientéricos, engrosamiento de la capa de músculo liso e infiltrado linfocitario a nivel del plexo mientérico. Los cambios en la función del EES producirían disfagia, mientras que la reducción del tránsito esofágico parece explicar la prevalencia de esofagitis erosiva. Asimismo, el envejecimiento afecta los mecanismos esofágicos protectores que evitan la aspiración pulmonar. Por otra parte, en ausencia de gastritis atrófica crónica, en los mayores la secreción gástrica ácida está preservada o incluso aumentada. Este grupo presenta deterioro de las defensas de la mucosa gástrica, posiblemente asociado con la disminución en la síntesis de prostaglandinas y en la secreción mucosa, de sodio y de bicarbonato. Las alteraciones motoras comprenden retraso en el vaciamiento gástrico de líquidos y sólidos, que contribuye al desarrollo de anorexia, dispepsia y saciedad precoz. Los cambios motores del intestino delgado incluyen efectos discretos en los patrones manométricos con menor frecuencia de contracciones posteriores a las ingestas, reducción en la frecuencia del complejo motor migratorio y disminución de las contracciones en salva. Estas variaciones se asocian con el síndrome de sobredesarrollo bacteriano detectado con frecuencia en estos pacientes. Por otra parte, aunque la constipación y la prevalencia de diverticulitis aumentan con la edad, la función motora del colon suele estar preservada en ancianos sanos. Los cambios fisiológicos que contribuyen con el desarrollo de constipación están principalmente asociados con función anorrectalanómala y en menor medida con la alteración del tránsito colónico. El cambio más notable en la fisiología anorrectal del anciano comprende a la reducción de las presiones del esfínter anal. El envejecimiento produce un recto menos distensible con menor sensación rectal, modificaciones que pueden ser relevantes en el desarrollo de constipación, impactación e incontinencia fecal.

2.5.2.3. Alteraciones clínicas de la motilidad

Las molestias más frecuentes de esta población comprenden disfagia, dispepsia, anorexia, constipación e incontinencia fecal. Los trastornos en la ingestión y en la deglución de alimentos se encuentran entre los problemas más frecuentes que experimentan estos pacientes, con un efecto importante en su nutrición. Las alteraciones de la deglución afectan hasta el 22% de los mayores de 50 años y al 60% de los internados en instituciones especializadas.

Ciertas drogas pueden producir lesión directa o exacerbar el reflujo gastroesofágico mediante la reducción de la presión del EEI. El tratamiento de la disfagia depende de la causa específica del trastorno (patología tiroidea, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple, diabetes). Las alteraciones neuromusculares responden a la rehabilitación, mientras que el tratamiento de la acalasia puede ser médico o quirúrgico.

En otro orden, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) adquiere mayor gravedad en el anciano, con una incidencia superior de complicaciones y esofagitis erosiva. Defectos en la competencia del EEI, en el tránsito esofágico y en el vaciamiento gástrico son claves en la patogénesis de la ERGE. Variaciones en la conformación de la saliva, retraso del vaciado gástrico, sedentarismo y multimedicación contribuyen a la mayor incidencia de complicaciones en el anciano. La mayor duración de la entidad en esta población incrementa la presencia de esofagitis erosiva, ulceración, estenosis y esófago de Barrett (asociado con mayor incidencia de adenocarcinoma en esófago distal).

2.5.2.4. Dispepsia en el adulto mayor

Las principales causas orgánicas de la dispepsia en los mayores comprenden úlcera gastroduodenal, ERGE atípica y neoplasia gástrica. Estudios epidemiológicos revelaron una elevada prevalencia de síntomas asociados con trastornos gastrointestinales funcionales. Las causas de la dispepsia funcional en el anciano son múltiples; el papel del *Helicobacter pylori* en el desarrollo de síntomas de dispepsia es controversial, mientras que se debate la influencia de los antiinflamatorios no esteroideos. La

evaluación de la dispepsia en este grupo requiere una estrategia más agresiva debido a la elevada prevalencia de patología orgánica. La endoscopia es el estudio de elección para la exclusión de úlcera, esofagitis por reflujo y carcinoma. Dada la elevada morbilidad asociada con la metoclopramida, la terapia antisecretoria constituye la medida de elección. Por otra parte, los sujetos con infección por *H. pylori* deben ser sometidos a tratamiento de erradicación, aunque sólo el 20% de los afectados experimenta mejoría de la sintomatología. En la conducta terapéutica de los síntomas abdominales funcionales del anciano es importante la terapia sintomática de otras alteraciones, como constipación y diarrea.

La hipertensión arterial (HTA) es una de las patologías más prevalentes en el mundo actual y afecta alrededor del 25% de la población adulta en los países desarrollados. Esta proporción se incrementa en la población anciana debido a los cambios asociados al envejecimiento, y se estima que la prevalencia de HTA en la población mayor de 65 años de edad es superior al 50%, a expensas particularmente de una elevación de la presión arterial sistólica (PAS). Por otra parte, es conocido que la HTA es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de una enfermedad cardiovascular (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, ictus) y que ésta sigue siendo la primera causa de muerte en la población occidental. Así, las tres cuartas partes de los ictus afectan a individuos mayores de 65 años, por lo que se puede considerar una enfermedad de anciano. La HTA es sin duda alguna, además de la edad, el factor de riesgo más importante para el ictus, tanto isquémico como hemorrágico. La presión de pulso (diferencia entre PAS y presión arterial diastólica [PAD]) es una medida de la distensibilidad arterial y se relaciona con el proceso arterioscleroso y el envejecimiento. En un subanálisis del Estudio SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program) realizado en 4.736 individuos con HTA sistólica aislada, se ha podido objetivar que por cada 10 mmHg que aumente la

presión de pulso se incrementa un 11 % el riesgo de presentar un ictus. Todo ello es de particular relevancia en los últimos años debido a una serie de cambios demográficos, observados especialmente en países desarrollados, que conllevan un incremento muy importante de la población mayor de 65 años.

2.6. Hipótesis.

La aparición de dispepsia está asociada a diversos factores y hábitos en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato.

2.7. Señalamiento de las variables.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Dispepsia

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Pacientes adultos mayores hipertensos

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1 ENFOQUE

El enfoque que se utilizará en esta investigación, se basa principalmente al **diseño de investigación cualitativa** porque buscaremos estudiar el contexto donde se produce el problema motivo del estudio; y **cuantitativa** porque haremos comparaciones estadísticas de variables en términos de causas y efectos con el análisis de los resultados.

2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

De campo la modalidad que se utilizará para la investigación es de campo; por cuanto se trabaja en el lugar de los hechos y se contrastará con lo planteado en la investigación, se va a conocer más ampliamente el fenómeno en estudio directamente.

Investigación bibliográfica, Se aplicará esta investigación dado que se necesitará información que respalde los resultados por lo tanto se necesitará información de libros, documentos, periódicos entre otros.

3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizó es descriptiva – analítica. Es descriptiva - analítica porque permite ordenar los resultados de las observaciones y de las conductas.

Se aplicó también el nivel correlacionar porque permitió relacionar la Variable Independiente con la variable Dependiente de la hipótesis.

Por otro lado, se menciona los métodos a utilizados.

Los métodos teóricos que se utilizó en la investigación es el análisis – síntesis y el de inducción – deducción, los cuales se aplicó en todas las partes integrantes de la investigación.

Como métodos empíricos se utilizó la encuesta vía cuestionario que se aplicó a los sujetos que participan en la investigación y que permitió indagar los problemas más relevantes

Se apoya además en la estadística descriptiva para el análisis de los resultados de las encuestas, los estadígrafos: frecuencia y porcentaje para cada caso consulta externa de medicina interna del hospital provincial

4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población con la que se cuenta para la investigación de un grupo de 117 pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de medicina interna del hospital provincial regional docente Ambato en el periodo julio-septiembre 2012

1 POBLACIÓN Y MUESTRA

La muestra está dada por **toda la población** que cumple con las características planteadas en la investigación

Población	Población Total	%
Pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de medicina interna del hospital provincial regional docente Ambato	117	100

Tabla No 4 Población y Muestra

Elaborado por EDGAR ALFONSO CAMUENDO DÍAZ

2 MUESTRA

Por ser la muestra de 117 se trabajara con la totalidad de la población

5 TECNICAS

La encuesta

6 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

El cuestionario

3.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Para la realización de esta investigación se tomara en cuenta a los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- Que su condición clínica indique que sufren de IRC
- Genero indistinto
- Que se encuentren o hayan sido hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Ambato
- Que se sean pacientes mayores de 15 años.
- QUE FIRMEN CONSENTIMIENTO

3.8. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se van a excluir a los pacientes:

- Que su condición clínica no sea de IRC
- Que sean menores de 15 años
- NO FIRMEN

3.9. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable Independiente: Dispepsia

Concepto	Categorías	Indicadores	Items	Técnica e instrumentos
Síntomas o grupos de síntomas que no necesariamente se relacionan con la ingesta. La definición más utilizada, y también la más laxa, ha sido la de “síntomas abdominales, episódicos o persistentes, que los pacientes o los médicos creen ser debidos a alteraciones de la porción proximal del tubo digestivo”	ORGÁNICA	Somática Cuerpo	¿Conocer sobre dispepsia? ¿Ha sentido dolor y ardor abdominal? ¿Con que frecuencia son las molestias abdominales que padece?	<ul style="list-style-type: none"> - Observación - Fichas - Encuestas - Cuestionarios
	PROTECCIÓN			
	TRATAMIENTO	Defensa	¿Por cada molestia abdominal su asistencia al médico en un nivel?	
		Calmante Sedante	¿Se automedica?	

Tabla No 5

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Variable Dependiente: adultos mayores hipertensos

Concepto	Categorías	Indicadores	Items	Técnica e instrumentos
Se considera anciano a un individuo a partir de la edad de jubilación (65 años). El mayor riesgo cardiovascular que es capaz de desarrollarse es a partir de 140/90 mmHg	Adulto mayor Anciano Hipertensión	COMPLICACIONES COMORBILIDADES ENF ASOCIADAS FACTORES DE RIESGO HABITOS	¿Conoce que es la dispepsia? ¿Qué edad tiene? ¿Consume alcohol? ¿Consume tabaco? ¿En que consiste su dieta diaria?	- Observación - Encuestas - Cuestionarios

Tabla No 6

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

3.10. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los procedimientos de recopilación de datos nos permiten obtener sistemáticamente información acerca de nuestro objeto de estudio y de las circunstancias en que este se desenvuelve. Se utilizará instrumentos metodológicos como:

- Utilización de la información disponible
- Observación
- Entrevistas
- Cuestionarios escritos

3.10.1. PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN Y ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La obtención de datos comienza con la **medición** de las características en la población o una parte de esta para asignar valores cuantitativos y cualitativos.

La investigaciones para procesar los datos ya sea cuantitativos y cualitativos, utilizará procedimientos manuales de **sistematización** y procedimientos **estadísticos** que a su vez, estos procedimientos permitirán el análisis y las conclusiones que se llegarán de la información obtenida.

- Aplicación de encuestas
- Entrevistas
- Justificación
- Análisis de resultados
- Verificación de hipótesis
- Conclusiones y recomendaciones
- Informe

3.10.2. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los datos o información se recolectarán a través de la técnica de encuesta mediante la aplicación de cuestionarios debidamente validados.

Tabla N°7.- Plan para la recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1 ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
2 ¿De qué personas u objetos?	PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA EN EL PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012
3 ¿Sobre qué aspectos?	DISPEPSIA
4 ¿Quién?	Investigador
5 ¿Cuándo?	Desde período julio septiembre de 2012
6 ¿Dónde?	HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO
7 ¿Cuántas veces?	Una vez
8 ¿Qué técnicas de recolección?	La encuesta
9 ¿Con Qué?	Cuestionario debidamente estructurado
10 ¿En qué situación?	CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO

Elaborado por: EDGAR ALFONSO CAMUENDO DÍAZ

Validez y Confiabilidad de los instrumentos

La validez vendrá determinada por la aplicación de la técnica “Juicio de Expertos” en la perspectiva de llegar a la esencia del objeto de estudio más allá de los que expresan los números.

La confiabilidad se determinará con la aplicación de una prueba piloto dirigida a un grupo de personas similar al esperado.

3.10.2. PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Los datos se procesarán siguiendo ciertos procedimientos:

- Revisión Crítica de la Información recogida; es decir, limpieza de información defectuosa: contradictorias, incompleta, no pertinente.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.
- Estudios estadísticos de datos para presentación de resultados, análisis e interpretación de resultados.
- Presentación para su mejor comprensión serán representados mediante gráficos estadísticos.

Análisis e interpretación de resultados

- Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Interpretación de los resultados, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Comprobación de hipótesis. Para la verificación estadística conviene seguir la asesoría de un especialista.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

4.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN

El estudio que es de carácter descriptivo transversal, tuvo una duración desde el primero de septiembre de 2012 hasta el 31 de enero de 2013, incluyo a un total de 120 pacientes adultos mayores que acudieron al servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, el cual fue asignado de acuerdo a la fecha en la que acudieron para que conformen el grupo de estudio, 3 pacientes fueron excluidos del estudio debido a que a que no cumplieron con los criterios de inclusión o presentaron patologías oncológicas asociadas.

La población del grupo de estudio comprende en total 117 pacientes entre mujeres y varones, su edad varía desde los 65 hasta los 86 años.

4.2. ANALISIS Y PROCESAMIENTO DE RESULTADOS

Pregunta N° 1

¿Conoce usted qué es la dispepsia?

Tabla N° 8 Dispepsia

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	2	1,70%
no	115	98,29%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Gráfico 3 -: Conoce que es la dispepsia

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Análisis e Interpretación

El 98% de la población es decir la mayoría manifiesta que no conocen sobre la dispepsia mientras que la minoría es decir tan solo un 2% tiene conocimiento sobre la dispepsia.

La mayoría de los pacientes no conocen que es la dispepsia pero no le toman con mayor importancia.

Pregunta No 2

- 1 ¿Ha sentido pesadez después de comer, saciedad precoz, dolor, molestia, ardor, náuseas o vómito?

Tabla N°9 Síntomas de dispepsia

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
si	103	88,03%
no	14	11,96%

TOTAL	117	100%
--------------	------------	-------------

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 4: Síntomas de dispepsia

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 117 encuestas de pacientes atendidos en el Hospital Regional Ambato podemos observar que la mayoría de pacientes presentan síntomas de dispepsia mientras que el resto de pacientes no han presentado este tipo de sintomatología.

INTERPRETACIÓN

Observamos un alto índice de pacientes con síntomas de dispepsia que sobre pasa de la mitad de mayoría de los encuestados

PREGUNTA N° 3

¿Con que frecuencia presenta síntomas de dispepsia?

Tabla N° 10-: Frecuencia de la dispepsia

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	POR CENT AJE
1 VEZ AL AÑO	11	9,40
2 VECES AL AÑO	18	15,38
3 O MÁS VECES AL AÑO	84	71,79
SOLO CUANDO FUE DIAGNOSTICADA	4	3,41
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 5: Frecuencia de la dispepsia

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Análisis e Interpretación

La mayoría de la población manifiesta que presenta síntomas de dispepsia más de 3 veces al año por lo que cabe recalcar que existe un alto índice en la frecuencia de dispepsia en la población encuestada.

PREGUNTA N° 4

4, ¿Desde cuándo presenta dispepsia?

Tabla N° 11 Inicio de la dispepsia

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HACE 3 MESES	17	14,52%
HACE 6 MESES	16	13,67%
HACE 1 AÑO	36	30,76%
HACE MAS DE 1 AÑO	48	41,02%
TOTAL	117	100,00%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 6: Inicie de la dispepsia

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Análisis e interpretación

La dispepsia que se presenta en la mayoría de encuestados como podemos observar se desarrolla desde hace más de un año con un porcentaje del 40% lo que nos indica que es un trastorno que se evidencia desde hace mucho tiempo; mientras que en la en menor proporción se encuentran pacientes que iniciaron su sintomatología hace 3 meses.

Pregunta No5

5. ¿Qué medicamentos toma frecuentemente?

Tabla N° 12 Uso de Medicamentos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AINES	54	46,15%
ASA	21	17,94%
ANTIBIOTICOS	32	27,35%
HIERRO	10	8,54%
TOTAL	117	100,00%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 7: Medicamentos frecuentes

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Análisis e interpretación

Los pacientes adultos mayores refieren que dentro de los medicamentos que se utilizan con mayor frecuencia son los AINES así como los antibióticos mientras que en menor medida se encuentra el ASA y el hierro.

Pregunta N° 6

¿Cree usted que la dispepsia es ocasionada por los medicamentos que usted ingiere?

Tabla No13. Dispepsia y medicamentos

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-------------	------------	------------

si	103	88,03%
no	14	11,96%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz
Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 8: Dispepsia y medicamentos

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los pacientes encuestados el 88,03% que es la mayoría manifiesta que su dispepsia se desencadena por la medicación que utiliza, mientras que el 11,96% refiere que sus molestias no son secundarias a la medicación utilizada.

Pregunta No7

¿Usted fuma?

Tabla N° 14 Tabaco

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	86	73,50%
NO	31	26,49%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz
Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 9: Tabaco

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Análisis e Interpretación

La mayoría de pacientes encuestados manifiestan que si fuman, mientras que la minoría refiere no presentar dicho habito.

Como podemos observar los pacientes habitualmente si fuman.

Pregunta N° 8

¿Consume alcohol?

Tabla N° 15. Alcohol

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	61	52,13%
NO	56	47,86%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 10: Alcohol

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de pacientes manifiesta que si consumen alcohol lo que puede desencadenar la dispepsia de nuestros pacientes que acuden al hospital Regional Ambato

Pregunta N° 9

¿El ambiente en el que usted vive es tranquilo?

Tabla N° 16. Ambiente Familiar

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	89	76,06%
NO	28	23,93%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 11: Ambiente familiar

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los pacientes encuestados el 76% que es la mayoría manifiesta que habita en un ambiente tranquilo mientras que el 24% dice que no posee buenas relaciones intrafamiliares.

Pregunta N° 10

¿Qué otra enfermedad padece usted?

Tabla N° 17. Patologías Asociadas

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-------------	------------	------------

Neurológica	11	9,40%
Respiratoria	36	30,76%
Gastrointestinal	41	35,04%
Urológica	29	24,78%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 12: Patologías Asociadas

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Como podemos observar la mayoría de los pacientes adultos mayores padecen patologías gastrointestinales en un 35%

Pregunta N° 11

¿Cuál es su dieta diaria?

Tabla N° 18 Dieta diaria

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dieta Balanceada	73	62,39%
Dieta no balanceada	44	37,60%
TOTAL	117	100%

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Fuente: Encuesta septiembre 2012

Grafico 13: Dieta diaria

Elaborado por: Edgar Alfonso Camuendo Díaz

Análisis e Interpretación

El 62% de pacientes consumen una dieta balanceada mientras que el 38% no ingieren una dieta balanceada diaria ocasionándoles probablemente algún tipo de molestia gastrointestinal.

4.3. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La incidencia de dispepsia en adultos mayores hipertensos secundaria a factores de riesgo y estilo de vida atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato en el periodo julio-septiembre 2012

H1: la incidencia de dispepsia **SI** se asocia a factores de riesgo y estilo de vida en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de medicina interna del hospital provincial regional docente Ambato en el periodo julio-septiembre 2012.

Luego de este análisis se ha demostrado que la hipótesis; está comprobada positivamente,

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Refiriéndonos a la conclusión y recomendación con relación a nuestras variables indicamos que:

5.1. CONCLUSIONES

- En la investigación se determinó que la población en estudio presento algún tipo de factor de riesgo.
- Se comprobó que el estilo de vida y hábitos se asocian al apareamiento de este tipo de molestias gastrointestinales.
- Se determinó que la asociación con otras patologías y el consumo de medicamentos existe más probabilidades de presentar dispepsia.

5.2. RECOMENDACIONES

- Realizar una anamnesis detallada para poder determinar el tipo de factores de riesgo que presente cada paciente, y así poder tomarlo en cuenta.
- Controlar de manera adecuada la frecuencia con que se administra medicamentos que desencadenen este tipo de molestias gastrointestinales
- Educar a los pacientes sobre su nuevo estilo de vida

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

6.1.1. Tema

Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y prevención de la dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

Nombre de la proponente:

Edgar Camuendo

Institución Ejecutora

Hospital Regional Docente Ambato

Beneficiarios

Adultos mayores atendidos del servicio de consulta externa de medicina interna

Ubicación

Ambato

Tiempo de Estimado para la Ejecución

Fecha de Inicio: 01 Junio del 2013

Fecha Final: 30 de Julio del 2013

Equipo Técnico Responsable

Personal de salud del área de medicina interna del Hospital Regional
Docente Ambato

6.2. Antecedentes

Siendo este un trabajo para la obtención de título de médico, esta propuesta está dirigida al diagnóstico y prevención de dispepsia, ya que este es un problema frecuente en pacientes adultos mayores.

Una vez realizada la investigación se ha llegado a la conclusión, que la mejor alternativa para lograr el objetivo, es realizando programas de concienciación en estas personas que les permitirá llevar una mejor calidad de vida.

Se requiere de una ficha médica para controles periódicos mensuales en el Servicio de Medicina Interna, acompañado de un programa educativo y preventivo con el objetivo de obtener un cambio en estilo de vida, indicada por el personal de enfermería y médico tratante del Servicio de Medicina Interna, para prevenir complicaciones en pacientes con dispepsia.

6.3. Justificación

Entre las consultas más frecuentes en medicina ambulatoria está el dolor abdominal crónico y recurrente; la distensión abdominal generalmente referida por los pacientes como “me lleno de gases”; el malestar en la boca del estómago, con sensación de reflujo de contenido gástrico; el que mucha de las cosas que se ingieren causen indigestión y que “caigan como un peso” en el estómago.

Estas molestias incluso llevan a algunas personas a evitar consumir una cantidad de alimentos. Son molestias tan frecuentes que alarman mucho a quien las padece y son causa de múltiples consultas al médico.

Pacientes que padecen estos síntomas son los que visitan un médico tras otro en busca de mejoría para una constelación de síntomas que resultan difíciles de tratar. Estos pacientes, por la angustia y la reacción a la enfermedad, suelen demandar ser estudiados más en profundo y, por ende, son sometidos a una multiplicidad de estudios que generan un costo económico y emocional significativo.

En nuestro medio, todos los médicos la reportan como una consulta muy frecuente sin poder establecer cifras exactas.

En nuestro medio se estima que el 39% de la población adulta lo ha padecido alguna vez a lo largo de su vida, y el 24% en los últimos 6 meses. A pesar de ello, el 50% de los afectados no acude al médico por este problema y, aparte de esto, muchos se auto medican, con antiácidos o antagonistas inhibidores de la secreción ácida gástrica

De la misma manera, por nuestra idiosincrasia, los pacientes que tienen acceso a cuidados de salud tienden a consultar con frecuencia y a someterse a estudios generales e invasivos como son las endoscopias. En cambio, en los grupos más desprotegidos suelen auto medicarse o aceptar tratarse con lo que les recomiende el vecino o algún familiar o amigo que hubiera tenido un cuadro parecido.

Como se ha mencionado anteriormente, tanto el equipo de médicos, como los encargados de la organización del Servicio de Medicina Interna son responsables de un adecuado diagnóstico de la dispepsia, deben involucrarse en un esfuerzo conjunto para crear condiciones adecuadas de control y mantenimiento.

Considerar adecuado una orientación y reevaluación periódica de los pacientes con dispepsia, en cuanto a la prevención, para disminuir el

riesgo de presentar patologías secundarias, entre ellas el cáncer gástrico y de esta manera disminuir el tiempo de estancia hospitalaria y los riesgos que esta conlleva.

Concluyendo que con la elaboración de una guía de práctica clínica que incluya tanto la participación del personal de salud y el paciente, que conste de medidas diagnósticas y preventivas, mejorará la atención y disminuirá el riesgo de presentar complicaciones en pacientes con dispepsia.

6.4. Objetivo general

- Proponer una guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y prevención de dispepsia para disminuir la incidencia y las complicaciones graves que atrae el desarrollo de esta enfermedad.

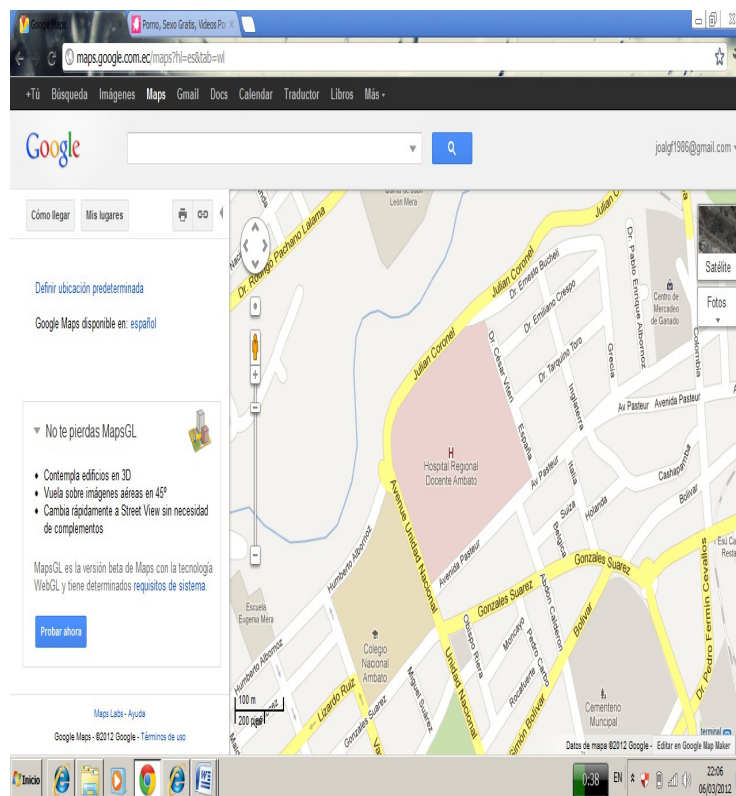
6.5. Objetivos específicos

- Orientar a los profesionales de la salud en el diagnóstico óptimo de la dispepsia.
- Optimizar los recursos sanitarios, y promover la cooperación entre los diferentes profesionales implicados en el diagnóstico y prevención de la dispepsia.
- Ayudar a conseguir los mejores resultados clínicos.

6.6. Ubicación Sectorial y Física

La propuesta se va a realizar en el Hospital Docente Ambato. Que se encuentra ubicada en la provincia del Tungurahua, ciudad de Ambato, limitada al norte: calle Juan Coronel, Al Sur: Av. Pasteur. Al Este las calles Dr. César Viteri y España, al oeste Av. Unidad Nacional.

GRAFICO 14. Ubicación Sectorial.



6.7. Modelo Operativo

Modelo Operativo.

6.8. ANALISIS DE FACTIBILIDAD

FASES	METAS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	FECHA
Planeación	Validar la guía de práctica clínica en el 100% de pacientes adultos mayores con dispepsia atendidos en Medicina Interna y/o Consulta Externa	Capacitación sobre la guía sus componentes y sus beneficios	Establecer validez de la guía para su uso permanente	Abril a n
Ejecución	Adoptar en Consulta Externa la guía de práctica clínica. Seguimiento de su empleo adecuado	Utilización de la guía como un medio de información, seguimiento y acción. Seguimiento de pacientes periódicamente.	Entrega de la guía al Servicio de Medicina Interna/ para su empleo continuo	mayo de
Evaluación	Controlar su correcta ejecución	Llevar correctamente la guía y sus objetivos. Valoración continua del paciente con cita y ficha médica establecida	Establecer medidas correctivas para su adecuado uso	junio 20

Esta propuesta planteada es *factible*, por cuanto a través de la investigación realizada se ha palpado la necesidad imperante de ser implementada por lo que se cuenta con la aprobación y apoyo de los directivos del hospital, por cuanto los objetivos son medibles y tangibles ya que se comprobaba en el mejoramiento de la calidad de vida y salud de los adultos mayores.

Esta guía de práctica clínica; se basa en las pruebas científicas acumuladas sobre la importancia que tiene el diagnóstico prematuro de la dispepsia en adultos mayores identificando a los pacientes con bajo riesgo de tener una patología orgánica grave (fundamentalmente tumoral), los cuales podrían ser manejados de forma segura sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas invasivas, así mismo llevar a cabo un proceso de prevención en las complicaciones o en el apareamiento de nuevos síntomas.

Soportes teóricos de la propuesta

Para comprender mejor los alcances de la propuesta conviene aclarar algunas concepciones teóricas necesarias:

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA.

La finalidad de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre el Diagnóstico y Prevención del Paciente adulto mayor con Dispepsia es generar recomendaciones acerca de la prevención de la dispepsia en el ámbito de la atención primaria y especializada ambulatoria. Su objetivo principal es ayudar a optimizar el proceso diagnóstico, identificando a los pacientes con bajo riesgo de tener una patología orgánica grave (fundamentalmente tumoral), los cuales podrían ser manejados de forma segura sin necesidad de realizar pruebas diagnósticas invasivas y/o derivaciones al especialista. La importancia de este objetivo radica en la necesidad de no dejar de diagnosticar a los pacientes con un cáncer esófago-gástrico, tratar correctamente la úlcera péptica y, a la vez, reducir las endoscopias negativas para, en definitiva, utilizar de manera adecuada los recursos sanitarios disponibles. En esta GPC se revisan las posibles estrategias iniciales en el paciente con dispepsia no investigada, valorando la posible decisión de iniciar o no un tratamiento empírico o de investigar la existencia de una lesión que justifique los síntomas.

LA DISPEPSIA EN LA CONSULTA

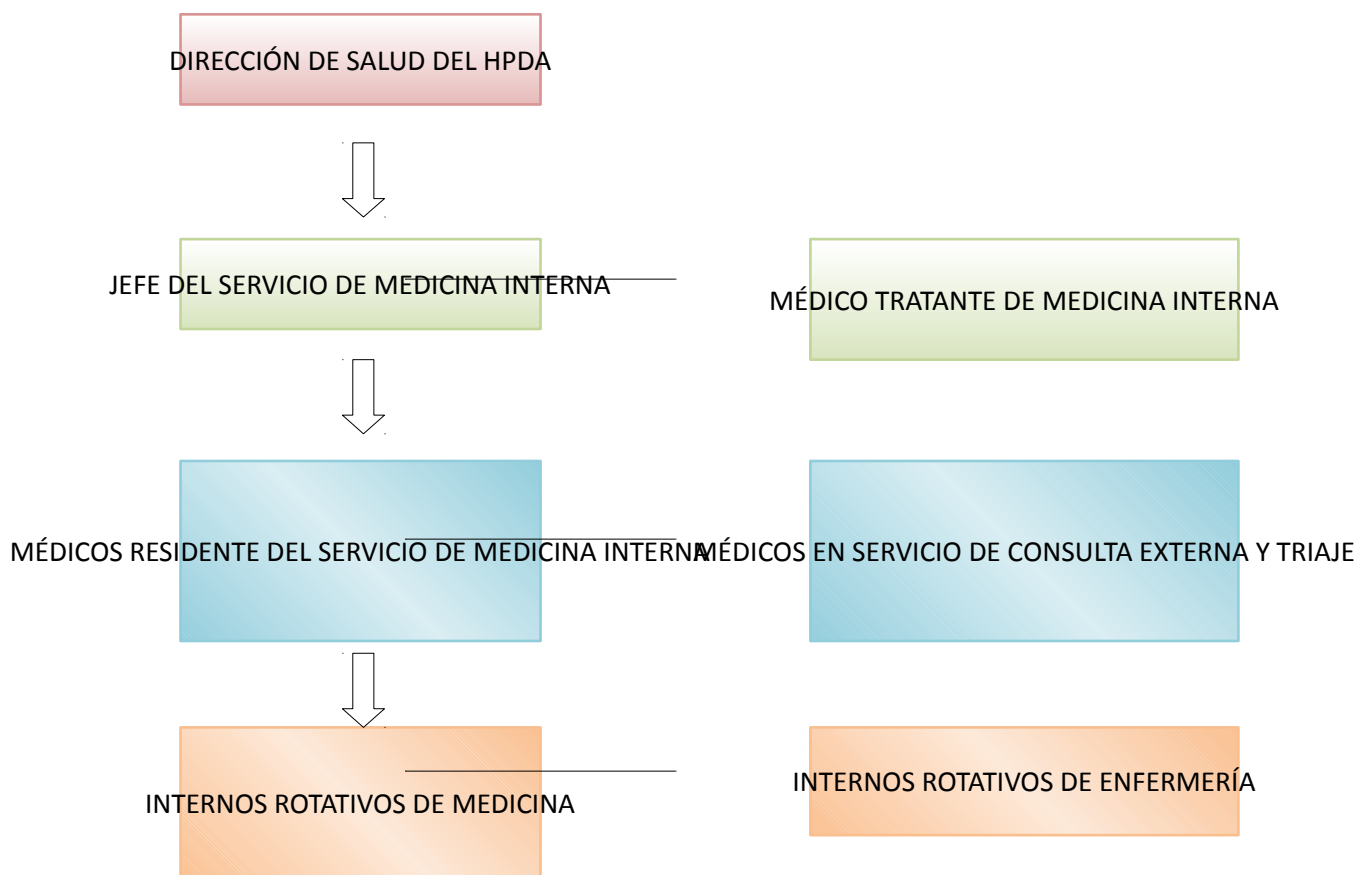
A pesar que la mayoría de población adulta con síntomas de dispepsia no consulta al médico y opta por la automedicación, la dispepsia representa un motivo de consulta frecuente en atención primaria. Una revisión sistemática sitúa el porcentaje de consultas por síntomas dispépticos entre el 26% y el 70%²⁹. El nivel socio-económico bajo y la infección por *H. pylori* como factores asociados de manera consistente a la consulta por dispepsia. Estudios realizados en nuestro medio estiman una prevalencia del 8% de las consultas en atención primaria. Este amplio abanico de resultados se explica por la gran variabilidad, tanto en la descripción de los síntomas por parte de los pacientes como en su interpretación por parte de los profesionales sanitarios.

Factores de riesgo

A pesar de que en algunos estudios poblacionales la dispepsia aparece más frecuentemente en mujeres, en la mayoría de los estudios se describe una

frecuencia similar entre ambos sexos. Los estudios disponibles consideran que la edad, el tabaco y la ingesta regular de alcohol son factores de riesgo asociados a la dispepsia. Los fármacos, especialmente los AINE son una causa frecuente de dispepsia. También se han relacionado los síntomas dispépticos con las situaciones de estrés y con la ansiedad, especialmente en el caso de la dispepsia funcional.

6.9. Administración de la Propuesta



6.10 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Para la realización de la presente propuesta, será necesario la colaboración y participación de todo el personal involucrado en el proyecto: Médicos y

Enfermeras encargados del Servicio de Medicina Interna, Internos y estudiantes de Medicina, Internos y estudiantes de enfermería y todo el personal que estará en contacto con estos pacientes, utilizando un programa educativo, además de un plan de cambios en el estilo de vida y hábitos.

Se llevará a cabo un seguimiento por consulta externa por parte de Médicos especialistas con la ayuda de una guía de práctica clínica encaminada a reducir la aparición temprana de dispepsia en pacientes adultos mayores, con la ayuda de una ficha de control y seguimiento. Nos permitirá estudiar la evolución de la enfermedad y sus complicaciones y de esta manera retardar el apareamiento de serias complicaciones graves.

Se evaluará el grado de aceptación y compromiso del paciente y del personal de salud involucrado en la guía, ya que es factible y susceptible a ser comprobado.

CONTENIDO DE LA GUÍA.

DISPEPSIA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS

- ¿Qué es la dispepsia?
- ¿Qué factores de riesgo desencadenan la dispepsia?
- ¿Puede el cambio en el estilo de vida ayudar a prevenir la dispepsia?
- ¿Qué ocurre si no se trata la dispepsia?

PLAN DE DIAGNÓSTICO.

Definir qué síntomas dispépticos no merecen atención y cuáles merecen evaluación, en la práctica es el propio paciente el que decide qué síntomas dispépticos son lo suficientemente relevantes como para consultar al médico.

Una historia clínica detallada nos puede permitir establecer el diagnóstico de dispepsia.

La historia clínica ha de recoger información sobre estilos de vida (tabaquismo, ingesta de alcohol, ejercicio físico), toma de fármacos [sobre todo AINE y/o inhibidores de la bomba de protones (IBP)] y antecedentes personales significativos en relación con exploraciones complementarias.

Las características del dolor pueden dirigir el diagnóstico diferencial hacia otras entidades que cursan con epigastralgia, como el cólico biliar o el dolor de origen pancreático.

El interrogatorio sobre los síntomas y su posible relación con el hábito intestinal ayudará a descartar un síndrome de intestino irritable, ya que estos se relacionan con la deposición.

Es necesario valorar la presencia de síntomas de alarma, que pueden condicionar una actitud diagnóstica más intervencionista.

La exploración física raramente aporta datos adicionales.

La presencia de palidez cutáneo-mucosa, masa abdominal, visceromegalias o ascitis son signos de alarma que orientan claramente a enfermedad orgánica y obligan a profundizar en el proceso diagnóstico.

En pacientes con síntomas de dispepsia se recomienda realizar una historia clínica detallada para orientar el diagnóstico inicial

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA: “DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL PROVINCIAL REGIONAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO JULIO-SEPTIEMBRE 2012.”

OBJETIVO:

Identificar cuál es la incidencia de pacientes adultos mayores con dispepsia atendidos en la consulta externa de medicina interna del Hospital Provincial Regional Docente Ambato.

ANEXO 1.

ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA INTERNA DEL HPDA

CUESTIONARIO

MARQUE CON UNA X LA RESPUESTA

EDAD.....

1.-CONOCE USTED QUÉ ES LA DISPEPSIA

SI: _____

NO: _____

SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA ESCRIBA QUE MOLESTIAS PRODUCE

.....

.....

2.- HA SENTIDO PESADEZ DESPUES DE COMER, SACIEDAD PRECOZ, DOLOR, MOLESTIA, ARDOR, NÁUSEAS O VÓMITO

SI:

NO:

3.- CON QUE FRECUENCIA PRESENTA DISPEPSIA

1 VEZ AL AÑO ()

2 VECES AL AÑO ()

3 VECES AL AÑO ()

SOLO CUANDO FUE DIAGNOSTICADA ()

4.-DESDE CUANDO PRESENTA DISPEPSIA.

HACE 3 MESES ()

HACE 6 MESES ()

HACE 1 AÑO ()

HACE MAS DE 1 AÑO ()

5. QUÉ MEDICAMENTOS TOMA FRECUENTEMENTE

6. CREE USTED QUE LA DISPEPSIA ES OCACIONADA POR LOS MEDICAMENTOS QUE USTED INGIERE.

SI ()

NO ()

7. USTED FUMA

SI ()

NO ()

8.- CONSUME ALCOHOL

SI ()

NO ()

9.- EL AMBIENTE EN EL QUE USTED VIVE ES TRANQUILO

SI ()

NO ()

10. QUE OTRA ENFERMEDAD PADECE USTED

11.- CUAL ES SU DIETA DIARIA?

- DIETA BALANCEADA ()
- DIETA NO BALANCEADA ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

Abizanda S. [Medicina geriátrica. 3era ed. Chile:ISBN;](#) 2012.p. 206 – 210.

Farreras R. Medicina Interna. 8 ed. Barcelona, España: MassonEds; 2001. p. 462 – 463.

Gardner E. Anatomía.7ed. Barcelona España: Salvat Editores, S.A; 1990. p. 541-542.

[Goldman C. Tratado de medicina interna. 24a ed. España: ExpertConsult;](#) 2013. p. 2720.

Harrison. Principios de Medicina Interna.16^a ed. Vol. II. Chile: McGraw-Hill InteramericanaEds; 2006. p. 1989-1991.

[Gutierrez](#) A. El Médico De Atención Primaria. 3era ed. Panamericana Eds: 2011. p. 47 – 51.

LINKOGRAFÍA

[Alcedo González](#),Protocolo del Proceso Diagnóstico en el Paciente con Dispepsia no Investigada. [Medicine - Programa de Formación Médica Continuada,Volume 11,](#) publicado en Febrero de 2012, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541212702846>

Ana C, Hernando Harder, Andreas Franke, Manfred V, Singer, HermannHarder, Dispepsia funcionalNuevos conocimientos en la fisiopatogenia con implicaciones terapéuticas. Medicina (Buenos Aires), 2007, http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol67-07/n_4/V67_4_p379_388_.pdf

Ángel Lanas, Gianfranco Narduli, Lesiones gastrointestinales por AINE: lesiones y medidas de prevención, Biomédica, Vol. 27, Publicado en el 2001, <http://2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/aine.pdf>

Ariel Cesar Nuñez Rojas, Sergio Tobon, Stefano Vinaccia, Bonifacio Sandin, Evaluación y Terapia Psicológica en la Dispepsia Funcional; Terapia psicológica, Vol. 24, Publicado en el 2006,

<http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604008.pdf>

Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano, Manejo del paciente con dispepsia. Guía de Práctica Clínica. Barcelona, febrero del 2003 http://www.guiasgastro.net/guias_full/textos/Dispepsia.pdf

Dr. Alberto Zolezzi Francis, Dispepsia, Tópicos Selectos en Medicina Interna – Gastroenterología publicado en el 2008.

http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/Cap4_Dispepsia.pdf

Dr. Fermín Mearin, Dispepsia funcional, Revista de Gastroenterología de México publicado en el 2010,

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/288/288v75nSupl.2a13187344pdf001.pdf>

Dr. Henry Cohen, Archivos de Medicina Interna, Montevideo, publicado en el 2009,

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162009000200005&script=sci_arttext

Dr. Javier Pérez Gisbert, Guías de práctica clínica sobre manejo del paciente con dispepsia, Actualización 2012,

http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/documento-grupo/Dispepsia_0.pdf

Dr. Arturo Salazar Quirós, Dr. Maximiliano Moreira Accame, Tratamiento de Dispepsia y Úlcera Péptica en el Primer y Segundo Nivel de Atención, *Revista de fármacos* 2003,

http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/10Tratamiento-de-Dispepsia-y-Ulcera-Peptica.pdf

Dr. Gilberto Alfaro Becerra, Dra. Beatriz Cecili Franco, Dr. Horacio Olgún Juárez, Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Dispepsia Funcional, México, publicado en el 2009, http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/071_GPC_Dispepsiafuncional/FormatoSECTORIALE_R_Dispepsia.pdf

Dr. Henry Cohen, Dr. Nicolás González, Archivos de Medicina Interna Dispepsia, ArchMedInt vol.31, Montevideo, publicado en junio de 2009, http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162009000200005&script=sci_arttext

Dra. Silvia Lissmann, Sonia Nigro, Patologías Digestivas Funcionales, Gastroenterology 2006, <http://www.nutriguia.com.uy/terapeutica/pdf/cap2.pdf>

Dres. Cooke G, Gormley J, Gilliland A, Dispepsia, publicado en el 2011, <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=80343>

Javier P, Gisberta B, Xavier Calvet Calvoa, Juan Ferrándiz Santosd, Juan José Mascort, Pablo AlonsoCoellog, Mercé Marzo Castillejo; Manejo del Paciente con Dispepsia, Guía de práctica clínica, Elsevier España, Actualización 2012, <http://rafalafena.files.wordpress.com/2013/01/manejo-del-paciente-con-dispepsia-guc3ada-de-prc3a1ctica-clc3adnica.pdf>

Luis Soifer, Fisiopatología de la Dispepsia, Acta Gastroenterológica latinoamericana, Vol 37, Septiembre 2007, http://www.actagastro.org/actas/2007/sup_n1/2007_sup01_8_11_05.pdf

Mario Alberto Oviedo Mota, Guillermo Galindo Mendoza, Rocío Ángeles Cruz, Guía Clínica para la Atención de la Dispepsia Funcional; The Cochrane Database of Systematic Reviews, Vol 1, 2002, http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1579:guia-clinica-para-la-atencion-de-la-dispepsia-funcional&catid=625:guias-clinicas&Itemid=715

Miguel Ruiz, Fernando Villasante, Fernando León, Venancio GonzálezLara, Carlos González, Manuel Crespo, Javier Soto, Javier Rejas, Cuestionario sobre calidad de vida asociada a dispepsia. Adaptación española y validación del cuestionario, Medicina clínica, Vol. 117, Noviembre 2001, <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-clinica-2/cuestionario-calidad-vida-asociada-dispepsia-adaptacion-esp%C3%B1ola-13021440-originales-2001>

Rey Rubiano, Adriana Margarita, Prevalencia de la Infección por Helicobacter Pylori en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional en el servicio de gastroenterología Hospital Militar Central. Servicio de gastroenterología del hospital militar central, 31 de marzo del 2009, <http://repository.unimilitar.edu.co/xmlui/handle/10654/2728>

Tobón, Sergio, Vinaccia, Stefano, Sandín, Bonifacio, Modelo procesual del estrés en la dispepsia funcional: Implicaciones para la evaluación y el tratamiento, Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Vol 9, Agosto 2004, <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-19936-001>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS BASES DE DATOS UTA

PUBMED, Kirkil C, Karabulut K, Aygen E, Ilhan YS, Yur M, Binnetoglu K, Bülbüller N, Publicado en el 2013
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23588973>

SCIELO, Dr. Lázaro Quevedo Guanche¹, Dispepsia: clasificación, diagnóstico y tratamiento, Rev. Cubana Cir, Publicado en el 2007, <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v46n2/cir11207.pdf>

SCIELO, Juan Manuel Ospina, Lina Fernanda Barrera, Fred Gustavo Manrique, Publicado en, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-5822011000400002&script=sci_](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-5822011000400002&script=sci_arttext) arttext, Rev. Colomb. cir. vol.26 no.4, Bogotá, agosto/ septiembre 2011.

BVS, Dr. Miguel González Carbajal Pascua, Instituto Cubano de Gastroenterología, Publicado el 22 de marzo de 2002,

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi08302.htm

PROQUEST, Escobar Jorge, Dispepsia, gastritis e infección por helicobacter pylori : ·tres nombres distintos para una misma entidad, Publicado en el 2008, [http://biblio.uchile.cl/client/en_US/sisib/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f36\\$002fSD_ILS:36929/ada.jsessionid=50A2C4E958EBE35AB26CC173BAFEB2AC?qu=DISPEPSIA+--+DIAGNOSTICO.&ic=true&ps=300](http://biblio.uchile.cl/client/en_US/sisib/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f36$002fSD_ILS:36929/ada.jsessionid=50A2C4E958EBE35AB26CC173BAFEB2AC?qu=DISPEPSIA+--+DIAGNOSTICO.&ic=true&ps=300)

