



Universidad de Valladolid

TRABAJO DE FIN DE GRADO 2018/19

**ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DE LA
IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE
MANEJO COORDINADO INTERNIVELES
DE LA DISPEPSIA EN EL ÁREA DE SALUD
VALLADOLID OESTE**

AUTORES: Míryam Moreta Rodríguez/ Ramón Palencia Ercilla

TUTOR: Gloria Sánchez Antolín

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Servicio de Digestivo del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, especialmente a nuestra tutora, Doctora Sánchez Antolín, por su entrega y dedicación a lo largo de todo el camino andado en nuestro trabajo.

También agradecimientos a Manuel González Sagrado (Manolo), como Médico investigador por su labor en la competencia estadística.

A nuestros familiares y amigos, por su paciencia y apoyo en nuestro recorrido.

Y a los compañeros, que, estando en nuestra misma situación, nos permitían intercambiar opiniones.

*“El buen médico trata la enfermedad; el gran médico
trata al paciente que tiene la enfermedad”.*

William Osler

INDICE

RESUMEN.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Definición:	5
1.2 Epidemiología.....	5
1.3 Criterios de dispepsia	6
1.4 Factores de riesgo.....	6
1.5 Situación actual	6
1.6 Aproximación inicial al paciente con síntomas dispépticos:.....	7
1.7.Tratamiento:.....	10
2. OBJETIVOS.....	11
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1 Selección de pacientes	11
3.2 Recogida de datos.....	12
3.2.1 Definiciones de las variables objeto de estudio:.....	12
3.3 Análisis de datos	13
3.3.1 Recogida de datos:	13
3.3.2 Análisis estadístico.....	13
3.4 Aspectos éticos	13
3.5 Búsqueda bibliográfica	13
4. RESULTADOS	14
5. DISCUSIÓN:	21
6. CONCLUSIONES.....	23
7. BIBLIOGRAFÍA	24

RESUMEN

La dispepsia es un síndrome con prevalencia en adultos del 7-34%, llegando al 23-45% si se utiliza una definición más amplia y conlleva un notable impacto económico y sanitario. Es una de las causas más frecuentes de derivación a Aparato digestivo desde Atención Primaria. Existen estrategias consensuadas por las sociedades científicas para su manejo y tratamiento. El Área sanitaria Valladolid Oeste desarrollo en 2017 un protocolo coordinado de manejo de la dispepsia con objetivo de minimizar las derivaciones a consulta hospitalaria

OBJETIVO: Conocer el grado de implantación del protocolo de manejo coordinado de la dispepsia en área sanitaria Valladolid-Oeste, la eficiencia y la capacidad de resolución en Atención Primaria En línea con los objetivos de SACYL detallados en el programa PERICLES, el servicio de Aparato Digestivo del Hospital Rio Hortega trata de Reducir el número de pacientes en lista de espera de consultas externas de Aparato Digestivo poniendo en marcha un Protocolo Coordinado de manejo de la Dispepsia entre Aparato Digestivo y Atención primaria del Área Oeste de Valladolid.

Nuestro objetivo es analizar la utilidad de la implantación de dicho protocolo de manejo de dispepsia en el Área Oeste de Valladolid. Para ello, hemos realizado un estudio retrospectivo descriptivo en el que se incluyen a 198 pacientes remitidos a consulta de Digestivo con diagnóstico de dispepsia desde Atención Primaria con objeto de conocer el grado de implantación del protocolo. Hemos analizado la edad, sexo, fecha de derivación a Atención hospitalaria, número de pruebas solicitadas en Atención Primaria (analítica, colonoscopia, gastroscopia, ecografía, estudio de H. pylori) de acuerdo con el protocolo, el tratamiento previo a derivación, las pruebas solicitadas en el Servicio de Digestivo (analítica, colonoscopia, gastroscopia, ecografía, estudio de H. pylori), el diagnóstico final de los pacientes, el tratamiento realizado y la fecha de alta.

Comprobamos que el 65.2% de los pacientes eran mujeres y que predominaban los síntomas en edades medias de la vida

Conclusiones: La correlación diagnostica Primaria-Hospitalaria fue del **.8%**. Se realizo gastroscopia en el 72.7% de los pacientes. Mejorar la tasa de tratamiento erradicador H Pylori podría disminuir la tasa de derivación, así como la solicitud de Gastroscopia antes de la derivación de los pacientes. Se precisa mayor grado de implantación de los protocolos

PALABRAS CLAVE: Dispepsia, Helicobacter Pylori, Gestión consultas, eficiencia.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición:

La dispepsia es un conjunto de síntomas en hemiabdomen superior, que ocurren de forma crónica. Se manifiestan en forma de dolor, náuseas, ardor, vómitos o cualquier otra sintomatología con origen gastrointestinal alto¹.

Se denomina dispepsia orgánica a aquella en la que se ha encontrado una causa que justifique los síntomas.

Dispepsia funcional es el conjunto de síntomas de origen gastroduodenal (pesadez postprandial, saciedad precoz, dolor epigástrico) continuos o intermitentes, relacionados o no con la ingesta de alimentos. Se debe haber descartado la infección por H. Pylori o cualquier otra enfermedad orgánica que justifique los síntomas.

En ausencia de estudio diagnóstico se denomina dispepsia no investigada.

Los síntomas se presentan a menudo en individuos sanos y la mayoría de las veces carecen de significado patológico.^{2,8}

1.2 Epidemiología

Atención Primaria es el primer nivel de asistencia sanitaria a la que acude el paciente, pero en ocasiones las pruebas complementarias que desean solicitarse o los diagnósticos no se pueden conseguir en este nivel y el paciente pasa a ser atendido en el ámbito hospitalario. La demanda de Atención Hospitalaria es muy elevada y la capacidad de gestión de citas de consulta externa de los servicios hospitalarios, en ocasiones, se desborda apareciendo, inevitablemente, las listas de espera de la atención en consulta.^{2,9}

La dispepsia es un motivo de consulta común. Entre el 30-40% de la población general presenta en algún momento de su vida, síntomas dispépticos recurrentes. Se estima que corresponde al 8% de consultas en Atención Primaria. Esto supone un consumo considerable de recursos sanitarios.^{2,8}

Sólo en el 20% del total se encontrará una causa que lo justifique. El otro 80% es lo que llamamos dispepsia funcional.

Es un motivo de consulta común, tanto en la consulta de Medicina Familiar como en Atención Hospitalaria. Su elevada frecuencia conlleva un elevado consumo de recursos sanitarios y tiene impacto importante en la calidad de vida y productividad laboral. ²

1.3 Criterios de dispepsia

Para el diagnóstico de Dispepsia funcional se utilizan los **Criterios de Roma IV**: ^{3,4}

- Sensación de plenitud postprandial.
- Saciedad precoz.
- Dolor epigástrico.
- Ardor epigástrico.

Se deben cumplir uno o más de estos síntomas, además de; exclusión de enfermedad orgánica, últimos 3 meses con sintomatología y estos comenzaron al menos 6 meses antes del diagnóstico.

1.4 Factores de riesgo

La etiopatogenia es desconocida, pero se ha propuesto su asociación a alteraciones psicológicas (estados de estrés y ansiedad), alteraciones de percepción visceral y en la motilidad.

Las molestias suelen aparecer con mayor frecuencia en caso de comidas copiosas, alimentos muy condimentados o picantes, café, bebidas carbonatadas, alcohol y/o tabaco. El estrés, la ansiedad o la depresión también pueden provocar la aparición de este síndrome. Algunos medicamentos también pueden producir los síntomas de la dispepsia, entre los que se encuentran los AINES (Ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno...), ácido acetilsalicílico (Adiro, aspirina), corticoides, digoxina, algunos antihipertensivos, algunos antibióticos, etc. Es controvertido que la infección por H. Pylori pueda producir síntomas de dispepsia, aunque algunos pacientes refieren mejorar tras la erradicación.

Hay una fuerte superposición entre el síndrome del intestino irritable, el reflujo gastroesofágico y la dispepsia. ^{3,4}

1.5 Situación actual

La Gerencia Regional de Salud de Castilla y León presentó en el año 2015 un Plan Estratégico de Eficiencia (PERICLES) con el objetivo fundamental de mejorar las listas de espera y las demoras, en el periodo 2015-2019. De esta manera, se pretende priorizar en función de la gravedad y de la urgencia la atención de los pacientes en

consultas atendiendo preferentemente aquellos pacientes con patologías más graves y con el compromiso e implicación de los profesionales.

El Servicio de Aparato Digestivo en el año 2016 analizó los motivos de derivación a consultas externas desde Atención Primaria, observando que la dispepsia era la causa más frecuente de derivación y suponía en torno al 30% cuando se sumaban todos los síntomas incluidos en la dispepsia. (Figura 0)



Figura 0: Motivos de derivación A. Primaria-A. Digestivo año 2015 dentro del plan de manejo coordinado de consultas externas 2017. Datos internos HURH

La observación de estos resultados y la puesta en marcha del programa PERYCLES, coincidió en el tiempo y una de las herramientas para el control de la lista de espera fue el desarrollo de un protocolo.

1.6 Aproximación inicial al paciente con síntomas dispépticos:

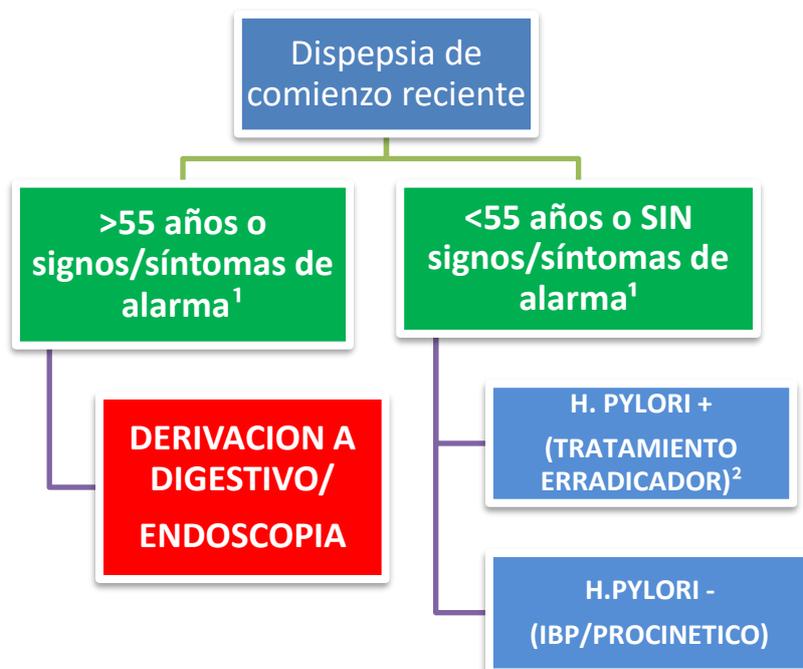


Figura 1: Protocolo de actuación en paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Actualización 2012²

En los pacientes con dispepsia las recomendaciones del protocolo diseñado por el Área Sanitaria Valladolid Oeste (Figura 1), recomienda, en pacientes menores de 55 años y sin signos ni síntomas de alarma, H. Pylori positivo, tratamiento erradicador, es decir la estrategia “Test and Treat”, consistente en realizar una prueba del aliento con Urea marcada con ^{13}C y si el paciente es positivo para H. Pylori, pautar tratamiento. Tras el tratamiento erradicador, se debe comprobar la erradicación mediante la prueba del aliento tras haber suspendido los IBP al menos durante 14 días.⁶ Cuando el tratamiento no consigue erradicar el germen, se debe retratar. Aunque tras 2 fracasos del tratamiento debe valorarse cuidadosamente la indicación del tratamiento erradicador conjuntamente con el paciente y la posibilidad de remisión a una unidad especializada⁷

Cuando el H. Pylori es negativo, y el paciente es menor de 55 años y no tiene síntomas de alarma, los síntomas del paciente se deben tratar mediante inhibidores de la bomba de protones (IBP), anti-H2 y procinéticos, durante cuatro semanas

Finalmente, cuando los pacientes son mayores de 55 años, o de cualquier edad, pero con síntomas de alarma, la recomendación es realizar una Gastroscofia para descartar organicidad.

- Se consideran síntomas de alarma ^{6,8} (Figura 1)
 - Disfagia.
 - Odinofagia.
 - Hematemesis o melenas.
 - Vómitos persistentes.
 - Pérdida de peso involuntaria.
 - Anemia ferropénica.
 - Historia familiar de cáncer gástrico.
 - Masa abdominal palpable.
- Son indicaciones tratamiento erradicador H. Pylori:⁶ (Figura 1)
 - Úlcera péptica
 - Dispepsia no investigada en <55 años y sin síntomas/signos de alarma
 - Dispepsia funcional
 - Antecedente de úlcera que va a requerir tratamiento con AINEs o AAS de manera continuada
 - Linfoma MALT gástrico de bajo grado
 - Familiares de primer grado con antecedente de cáncer gástrico
 - Atrofia de mucosa gástrica o metaplasia intestinal
 - Anemia ferropénica de causa no aclarada

- Púrpura trombocitopénica idiopática
- Déficit de vitamina B12 no explicable por otras causas

Se indica tratamiento erradicador H. pylori ⁶: *Consenso de Florencia (Maastricht V) para tratamiento de H. Pylori 2017. Malfertheiner P, et al. Gut 2017. (Figura 1)*

- Primera línea:
 - Terapia cuádruple con bismuto: Omeprazol 20 mg/12 h, Bismuto 120 mg/6h, Metronidazol 500 mg/12h, tetraciclina 500 /6 h o doxiciclina 100mg /12h. Durante 10-14 días.
 - Terapia cuádruple concomitante: Omeprazol 20 mg /12h, Amoxicilina 1g/12h Metronidazol 500mg /12h, Claritromicina 500mg cada 12h. Durante 10- 14 días.
- Fracaso terapéutico:
 - Con levofloxacino: Omeprazol 20 mg /12 h, Amoxicilina 1 gr /12h (en alérgicos a penicilinas sustituir por claritromicina 500 mg /12h), Levofloxacino 500 mg/12 h.

En algunos artículos revisados, se recomienda como terapia más rentable para pacientes con úlcera por H. Pylori, la triple terapia durante 7 días. ¹³

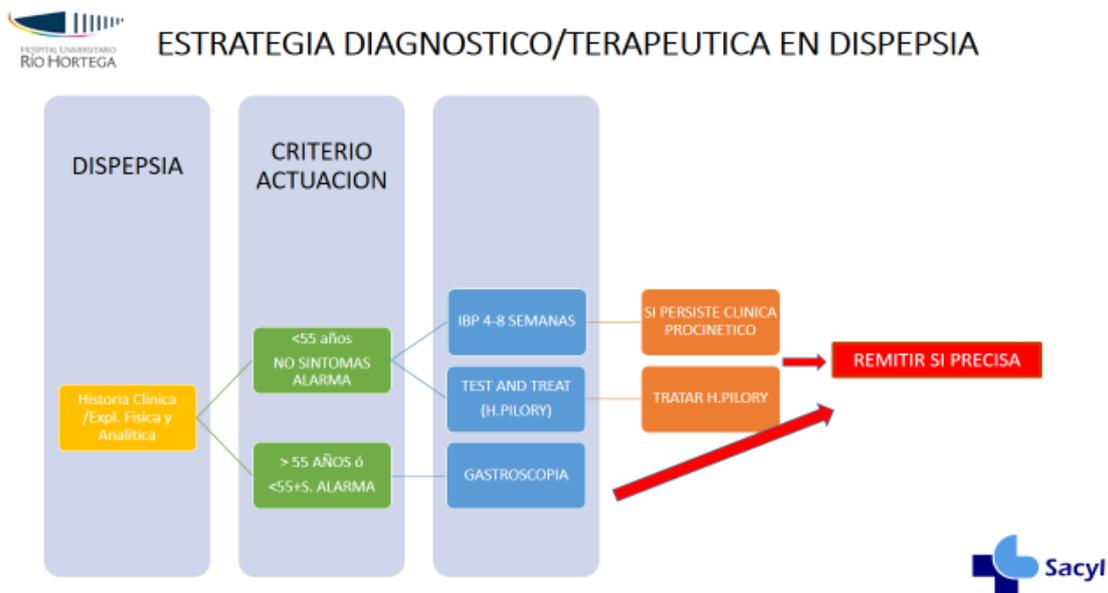


Figura 2: Plan de atención coordinada atención primaria-aparato digestivo. Protocolo dispepsia Valladolid Oeste. HURH

En los pacientes con uno o más síntomas y signos de alarma y en los pacientes cuyos síntomas se han iniciado a una edad mayor de 55 años, aun en ausencia de síntomas

de alarma, se recomienda endoscopia digestiva alta para descartar patología orgánica, entre otras, neoplasia gastroesofágica⁷(Figura 2).

1.7. Tratamiento:

Es fundamental tranquilizar al paciente con dispepsia funcional y explicar el excelente pronóstico en términos de esperanza de vida. Se debe prescindir de alimentos que produzcan síntomas, tabaco, alcohol y estimulantes e irritantes como café, cola, cacao y chocolate. Además, hay que insistir en la pérdida de peso.

Se puede aconsejar que las comidas se tomen a horas regulares, en ambiente agradable, masticando adecuadamente. Comidas frecuentes, pero poco abundantes, evitando alimentos flatulentos ricos en grasas.

Las posibles actitudes terapéuticas farmacológicas que se pueden seguir son²:

- Fármacos **antisecretores**, como primera línea terapéutica, especialmente IBP durante 4 semanas a dosis bajas. Se prescriben para pacientes cuyo síntoma principal es la pirosis o el dolor epigástrico
- Fármacos **procinéticos**, que se pueden añadir al tratamiento antisecretor en pacientes no respondedores a estos últimos. Con ellos se acelera el vaciamiento gástrico y mejoran síntomas de pesadez, hinchazón abdominal, saciedad precoz y flatulencia.
- Fármacos **antidepresivos**, en pacientes que no han respondido al tratamiento de primera línea y a la combinación de IBP y procinéticos. Son eficaces en pacientes con componente psicossomático.

2. OBJETIVOS

El objetivo de nuestro trabajo es analizar la utilidad del protocolo implantado en el Área Oeste de Valladolid sobre el manejo de la dispepsia entre los especialistas de Atención Primaria y el Servicio de Digestivo del HURH.

Los objetivos secundarios del estudio fueron:

- Conocer si a los pacientes derivados al Servicio de Digestivo se les había solicitado desde Atención Primaria las pruebas diagnósticas recomendadas por el protocolo de actuación, según criterios como la gravedad de los síntomas o la edad.
- Conocer la correlación entre el diagnóstico al remitir al paciente a Digestivo y el diagnóstico final en la consulta hospitalaria.
- Conocer los tratamientos indicados por los Servicios de Atención Primaria y Digestivo

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo observacional de un grupo de 198 pacientes diagnosticados de dispepsia desde los servicios de Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid y derivados al Servicio de Digestivo del HURH de Valladolid en los meses de enero, febrero y marzo de 2018.

3.1 Selección de pacientes

Los criterios de inclusión en el estudio fueron:

- Pacientes remitidos desde Atención Primaria al Servicio de Digestivo de HURH de Valladolid.
- EL paciente había sido remitido a A. Digestivo por dispepsia.

Clasificamos a los pacientes en dos grupos:

- Pacientes menores de 55 años y sin síntomas de alarma.
- Pacientes mayores de 55 años o menores de 55 años con síntomas de alarma.

Esta división de los candidatos en grupos nos permite observar si en cada uno de los casos se ha seguido correctamente el protocolo.

3.2 Recogida de datos

Se recogerán todos aquellos datos del paciente que puedan ser útiles para este estudio. Todos estos datos serán almacenados en una base de datos que será dada de alta en la Agencia de Protección de Datos.

3.2.1 Definiciones de las variables objeto de estudio:

1. Datos epidemiológicos:

- Sexo
- Edad
- Centro de Salud
- Fecha de derivación

2. Datos clínicos, pruebas o exploraciones solicitados en la consulta del especialista en Atención Primaria:

- Solicitud de analítica por los médicos de Atención Primaria
- Presencia de síntomas de alarma en los pacientes
- Indicación de “test and treat” en los pacientes según edad o síntomas de alarma.
- Tipo de tratamiento prescrito por el médico de Atención Primaria
- Solicitud de gastroscopia por el médico de Atención Primaria
- Solicitud de colonoscopia por el médico de Atención Primaria
- Solicitud de ecografía por el médico de Atención Primaria
- Presencia de H. Pylori en heces antes del tratamiento
- Realización del test del aliento
- Realización de tratamiento del H. Pylori
- H. Pylori erradicado después del tratamiento

3. Datos de la consulta en el Servicio de Digestivo

- Solicitud de ecografía por el especialista en Digestivo
- Presencia de H. Pylori en heces
- Realización de tratamiento del H. Pylori
- Tratamiento recetado por el especialista en Digestivo
- Diagnóstico final del especialista en Digestivo
- Alta del paciente en el Servicio de Digestivo y fecha de alta

3.3 Análisis de datos

3.3.1 Recogida de datos:

Los datos recogidos se han incluido en una base de datos creada con el programa Excel 2013, a la que únicamente hemos tenido acceso los responsables del estudio de investigación, habiendo firmado previamente el compromiso de confidencialidad destinado al personal sin vinculación contractual con el centro.

La información recogida ha sido revisada y validada por la tutora del trabajo y los datos obtenidos han sido analizados por un experto Médico Investigador mediante el programa estadístico SPSS.

3.3.2 Análisis estadístico

Las variables cuantitativas de distribución normal se han estudiado mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se describen como media \pm desviación estándar.

Las variables cuantitativas de distribución no normal se describen como mediana y rango intercuartílico.

Las variables cualitativas se representan mediante tablas de contingencia.

Para comparar las muestras independientes se ha utilizado la prueba de la T de Student, la prueba de Levene para la igualdad de varianzas o la U de Mann-Whitney.

Para comparar las muestras de variables cualitativas se ha utilizado la prueba de Chi-Cuadrado y el coeficiente de correlación de Pearson.

El nivel de significación para todas las pruebas se establece en la $p \leq 0,05$.

3.4 Aspectos éticos

El trabajo de investigación se ha realizado con la aprobación de la Comisión de Investigación y el Comité de Ética Asistencial y Ensayos Clínicos (CEIC) del Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid Área Oeste.

Se ha firmado un documento donde consta la conformidad del Jefe de Servicio y el compromiso de confidencialidad siguiendo el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

3.5 Búsqueda bibliográfica

Para la búsqueda bibliográfica hemos recurrido a la base de datos MEDLINE a través de PubMed, recurso de acceso libre mantenido y desarrollado por el Centro Nacional de Información Biotecnológica de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos,

localizada en Institutos Nacionales de Salud. En esta búsqueda nos hemos basado en artículos que fueron publicados en la última década, idioma (inglés y español) y artículos que incluyeran “abstract”.

Para la búsqueda inicial antes de comenzar con la recogida de datos y la creación de la base de datos, se han utilizado artículos de guía práctica, libros de la especialidad y artículos científicos indexados, en relación con el tema.

4. RESULTADOS

Se incluyen en el estudio 198 pacientes diagnosticados de dispepsia en diferentes Centros de Salud del Área Oeste de Valladolid, de los que el 65,2 % fueron mujeres y el 34,8% fueron hombres (Figura 3).

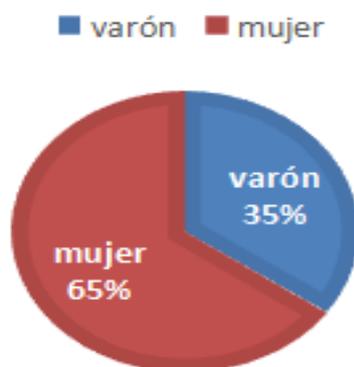


Figura 3: Distribución por sexos de los pacientes

La edad media de derivación fue de $45,69 \pm 16,97$ años, Mediana 44 con una desviación típica de 17,02. (Figura 4)

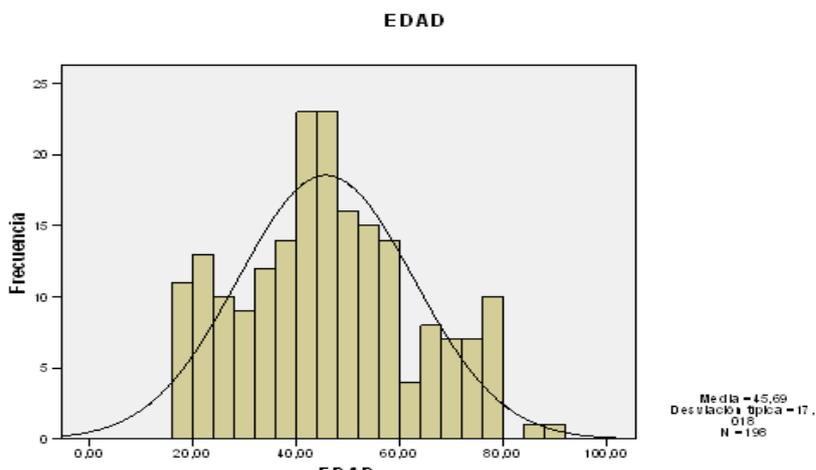


Figura 4: Distribución de la edad de pacientes derivados con diagnóstico de dispepsia

De los 198 pacientes remitidos, el 92,4% se habían realizado previamente Analítica, en Atención Primaria (Figura 5).

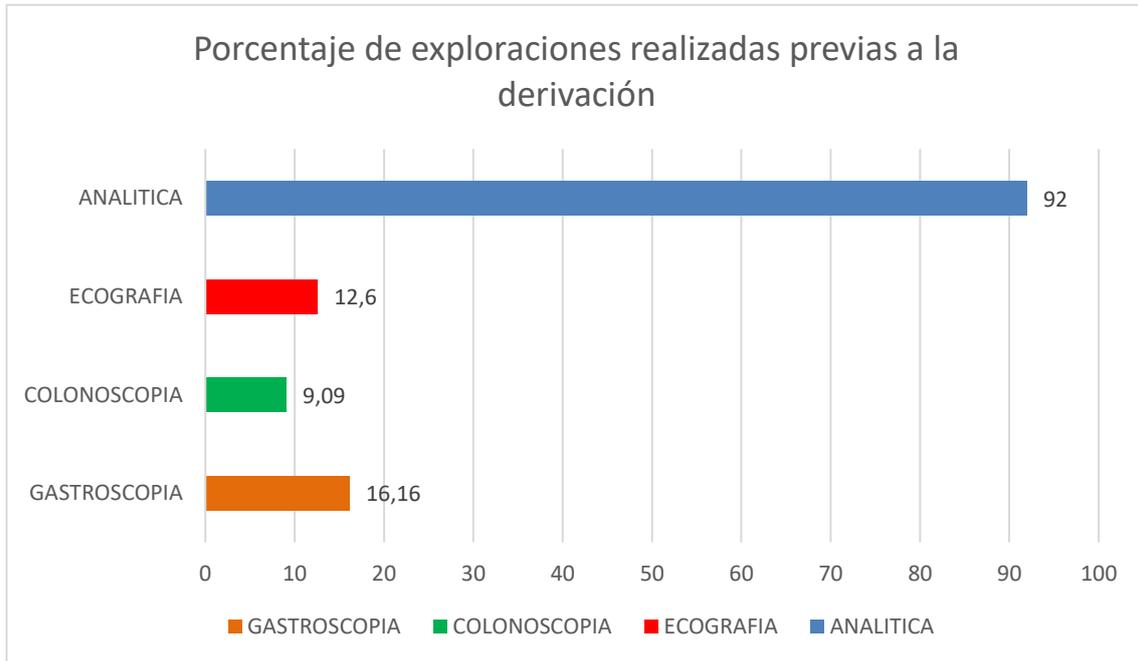


Figura 5: Proporción de pacientes con y sin analítica solicitada en Atención Primaria

El 62.1% de los pacientes habían recibido algún tipo de tratamiento en Atención Primaria; el 3.5% se trataron con dieta, el 29.8% con IBP-AntiH2, el 10.6% con espasmolítico-procinético, el 7.1% con IBP-procinético, el 10.1% con Anti-HP y el 1% con otros no significativos para nuestro estudio.

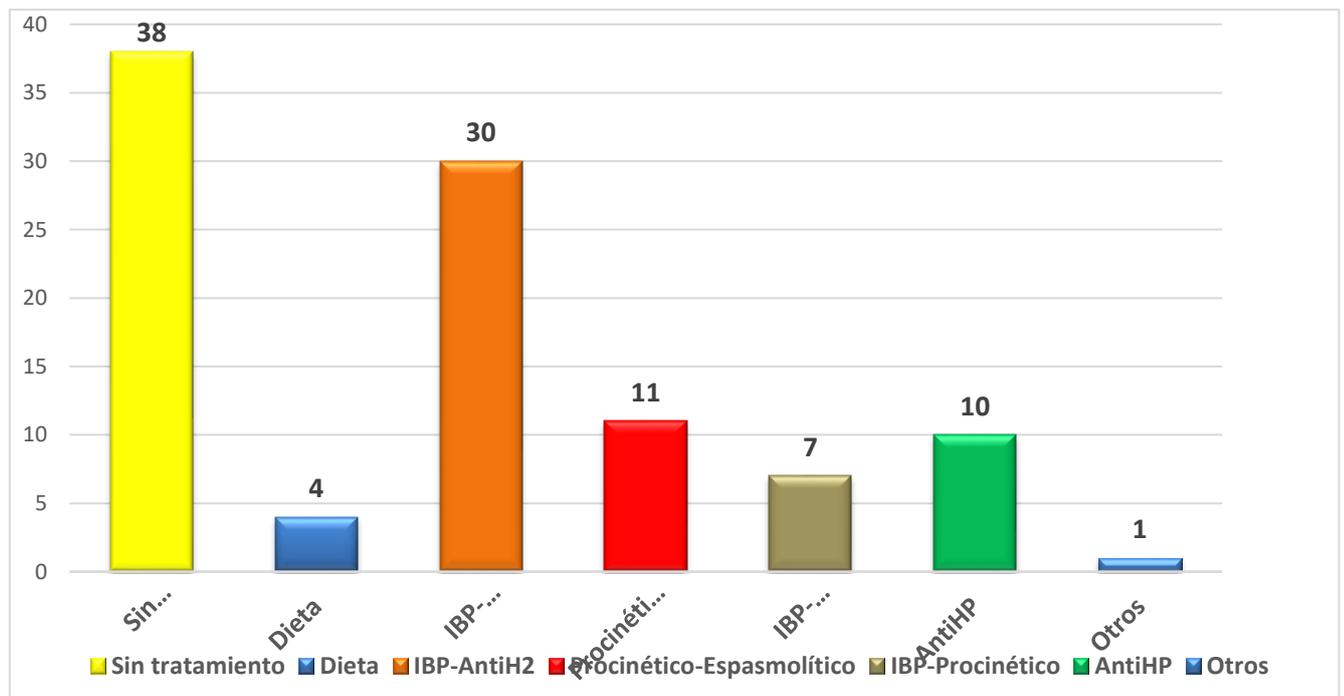


Figura 6: Porcentajes de tratamientos prescritos en Atención Primaria

El 65% de los pacientes diagnosticados de dispepsia en Atención Primaria fueron definitivamente diagnosticados de dispepsia en el servicio de aparato Digestivo.

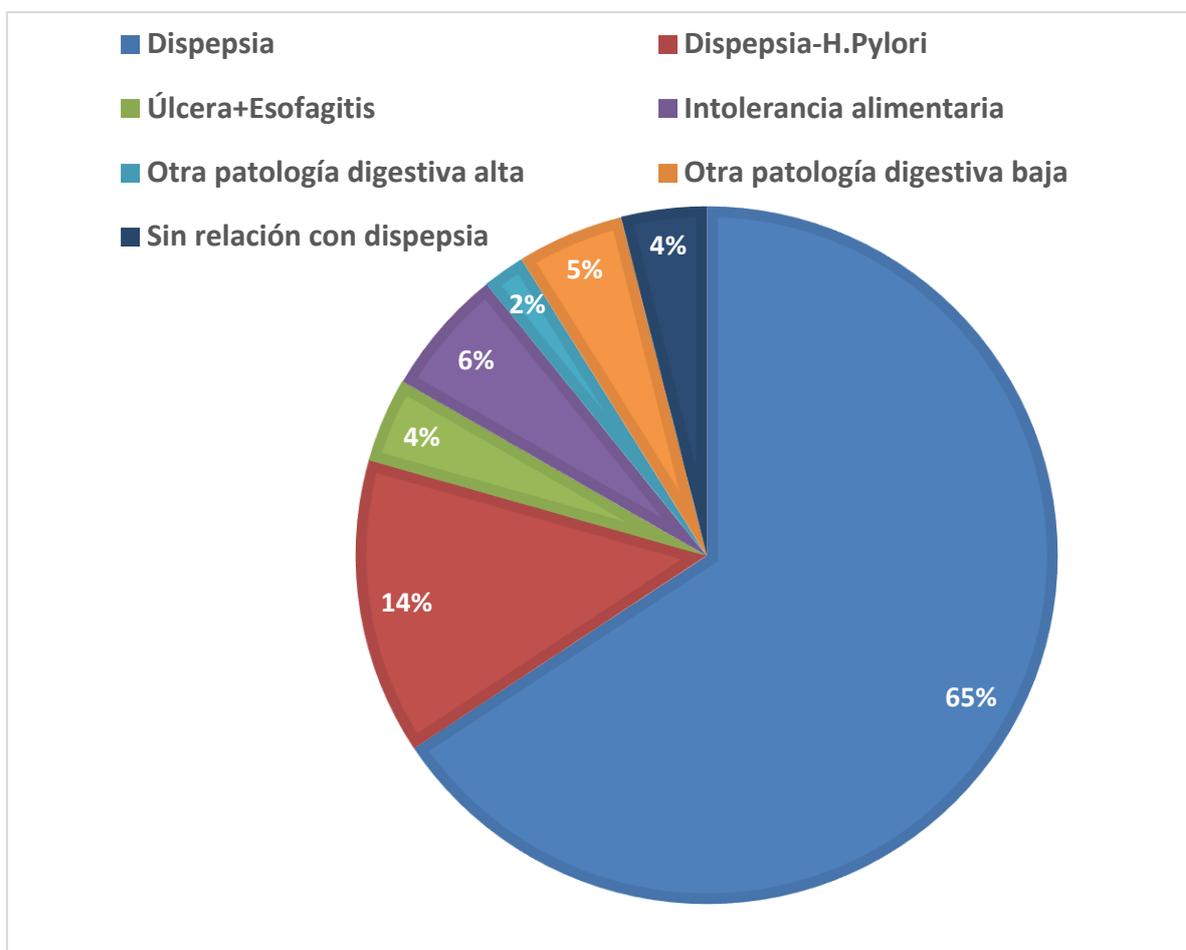


Figura 6: Diagnóstico final tras estudio en Hospital.

Un 13.6% de los pacientes fueron diagnosticados de dispepsia por H. Pylori, el 3.5% de úlcera o esofagitis, el 5.6% de intolerancia alimentaria, el 2% de otra patología digestiva alta, el 4.5% de patología digestiva baja y en un 3.5% de los pacientes la etiología no tenía relación con dispepsia. (Figura 7).

Tras haber realizado el diagnóstico definitivo en Atención hospitalaria, los tratamientos prescritos fueron los siguientes: 7.6% recibió dieta, 25.3% IBP-AntiH2, 17.2% espasmolítico-procinético, 6.6% IBP-procinético, 14.1% anti-HP y otros el 28.5% (Figura 8)

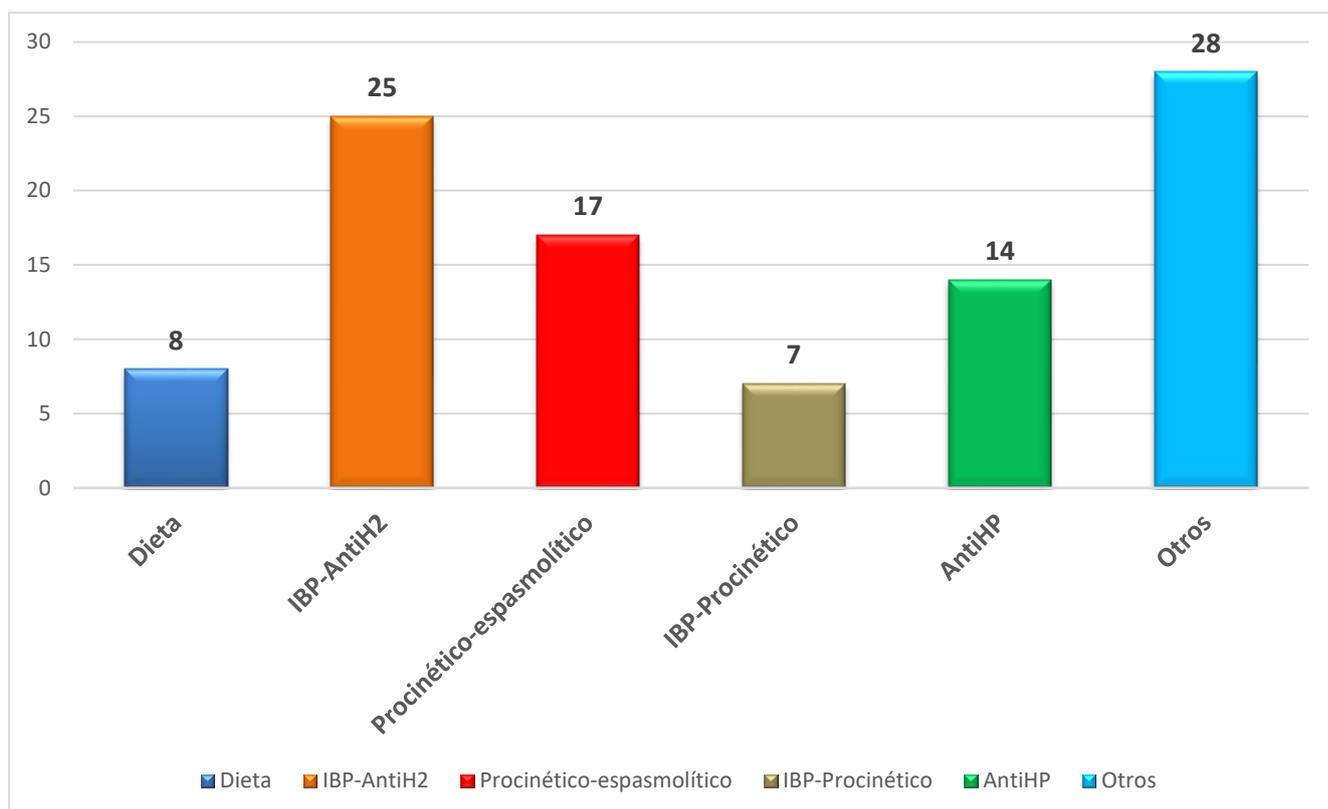


Figura 7: Distribución de los tratamientos prescritos en la consulta hospitalaria.

La mayoría de los pacientes derivados tenían menos de 55 años (71,7%). En este grupo se solicitó Gastroscofia en el 14,1% de ellos, mientras tan sólo se solicitó la prueba en el 2% de los pacientes mayores de 55 años (28.3%) (Tabla 1).

			EDAD		Total
			<55	>55	
GASTROSCOPIA	NO	Recuento	114	52	166
		%	57,6%	26,3%	83,8%
	SI	Recuento	28	4	32
		%	14,1%	2,0%	16,2%
Total		Recuento	142	56	198
		%	71,7%	28,3%	100,0%

Tabla 1: Comparación grupo de edad y realización de gastroscopia en Atención Primaria

El 19,2% de los pacientes tenían síntomas de alarma, solicitándose gastroscopia en el 3%. En el grupo de pacientes sin síntomas de alarma (80,8%) la gastroscopia se solicitó en el 13,1% (Tabla 2).

			SINTOMAS		Total
			NO	SI	
GASTROSCOPIA	NO	Recuento	134	32	166
		%	67,7%	16,2%	83,8%
	SI	Recuento	26	6	32
		% I	13,1%	3,0%	16,2%
Total		Recuento	160	38	198
		%	80,8%	19,2%	100,0%

Tabla 2: Proporción de pacientes con o sin síntomas de alarma y solicitud de gastroscopia en Atención Primaria

Se agruparon a los pacientes en 2 grupos: **>55 años +/- síntomas de alarma** y **<55 años y sin síntomas de alarma**. Del grupo de pacientes >55 años con síntomas de alarma se solicitó gastroscopia desde Atención Primaria al 5.1%. (Tabla 3). También en este caso observamos que se solicitó Gastroscopia en un porcentaje mayor en los pacientes que NO tienen la edad recomendada para ello, ni criterios de organicidad.

			EDAD Y SINTOMAS		Total
			NO	SI	
GASTROSCOPIA	NO	Recuento	93	73	166
		%	47,0%	36,9%	83,8%
	SI	Recuento	22	10	32
		%	11,1%	5,1%	16,2%
Total		Recuento	115	83	198
		%	58,1%	41,9%	100,0%

Tabla 3. Comparación edad y síntomas de alarma y realización de gastroscopia en Atención Primaria.

Llama la atención que la proporción de pacientes a los que se solicita una Gastroscopia sea mayor en aquellos que no tienen indicación bien por edad o por síntomas de alarma. Es posible que esto sea debido a que los pacientes con síntomas de alarma se deriven directamente a consulta hospitalaria por sospecha del médico de familia de enfermedad orgánica

De los 198 pacientes el 53% tenía estudio de H. pylori en heces. De todos los que tenían indicación de "Test and Treat", es decir, menores de 55 años sin síntomas de alarma (64.6%), se había solicitado estudió el H. Pylori en heces en el 38.4% en Atención Primaria (Tabla 4).

			INDICACION		Total
			NO	SI	
HPHECES	NO	Recuento	41	52	93
		% del total	20,7%	26,3%	47,0%
	SI	Recuento	29	76	105
		% del total	14,6%	38,4%	53,0%
Total		Recuento	70	128	198
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

Tabla 4: Comparación indicación de Test and Treat y estudio de H. pylori en heces

De los pacientes que tenían indicación de “Test and Treat” recibieron tratamiento anti-H. pylori el 12.6% (Tabla 5).

			INDICACION		Total
			NO	SI	
TRATAMIENTO ANTIH P	NO	Recuento	56	103	159
		% del total	28,3%	52,0%	80,3%
	SI	Recuento	14	25	39
		% del total	7,1%	12,6%	19,7%
Total		Recuento	70	128	198
		% del total	35,4%	64,6%	100,0%

Tabla 5: Comparación de la indicación de “Test and Treat” y tratamiento frente a H. pylori.

De los pacientes con estudio de H. pylori en heces (53%) el 16.7% recibió tratamiento erradicador (Tabla 6).

			HPHECES		Total
			NO	SI	
TRATAMIENTO ANTIH P	NO	Recuento	87	72	159
		% del total	43,9%	36,4%	80,3%
	SI	Recuento	6	33	39
		% del total	3,0%	16,7%	19,7%
Total		Recuento	93	105	198
		% del total	47,0%	53,0%	100,0%

Tabla 6: Comparación estudio H. pylori en heces y tratamiento erradicador.

Tras realizar el estudio pertinente en la consulta hospitalaria, 129 pacientes (65.7%) de ellos, fueron dados de alta. El tiempo medio hasta el alta fue de 208 días, con una mediana de 222 y una desviación típica de 112.88 (Figura 9).

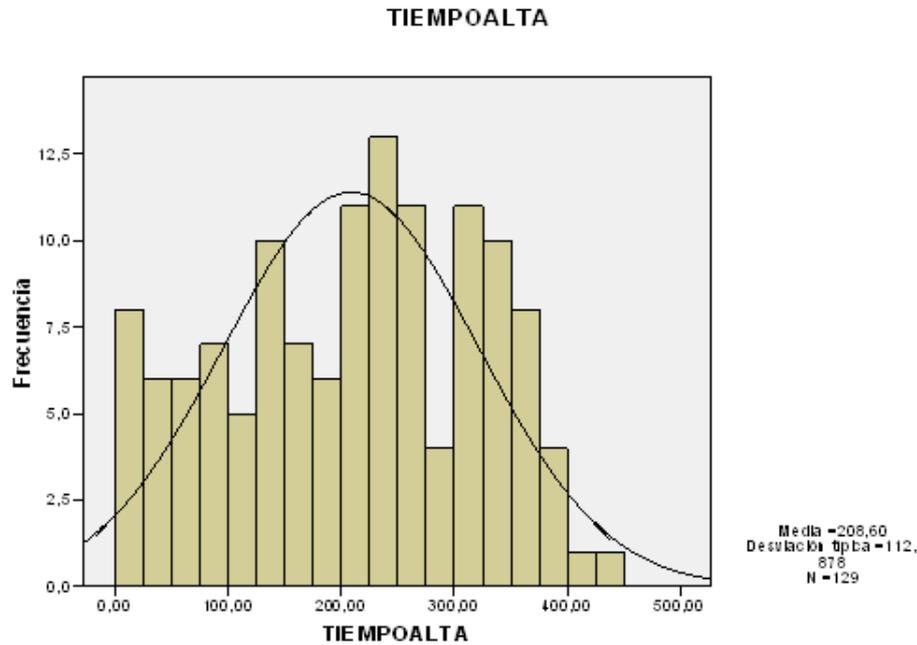


Figura: 8: Distribución del tiempo medio en días hasta el alta

No hubo diferencias significativas ($p=0.986$) entre el tiempo en ser dados de alta de la consulta hospitalaria entre los pacientes a los que se había solicitado previamente analítica o no.

Tampoco hubo diferencias significativas entre el tiempo al alta de consulta en pacientes con o sin síntomas de alarma ($p=0.120$), la indicación de “Test and Treat” ($p=0.149$), la realización de gastroscopia ($p=0,953$), la realización de colonoscopia ($p=0.853$), la realización de ecografía ($p=0.110$), H. Pylori en heces ($p=0.180$), prueba del aliento ($p=0.419$), y tratamiento erradicador de H. Pylori ($p=0.319$).

Cuando comparamos si existía asociación entre la edad y la realización de gastroscopia, observamos diferencias significativas ($p=0.032$) entre tener más o menos de 55 años y haberse sometido a una gastroscopia solicitada en Atención Primaria, aunque se solicitó con más frecuencia gastroscopia a los pacientes jóvenes que a los mayores. Sin embargo, en relación a la realización de gastroscopia desde

Atención Primaria y tener síntomas de alarma y edad >55 años no se mostraron diferencias significativas ($p=0.241$).

Se observó que la probabilidad de prescribir tratamiento a los pacientes a los que se había estudiado HP en heces era mayor que a los que no se les había estudiado. ($p=0.001$). También fue estadísticamente significativo ($p=0.018$) la relación entre tener indicación de “Test and Treat” y haber realizado estudio de HP en heces.

5. DISCUSIÓN:

La dispepsia es un problema muy frecuente que en la mayor parte de las veces tiene un origen funcional, pero en torno a un 25% de los pacientes pueden tener una causa orgánica. A veces existen datos objetivos que permiten detectar el riesgo de organicidad. De ahí que el protocolo de dispepsia deba de ser eficiente para no desperdiciar recursos ni someter a los pacientes a pruebas incómodas y con riesgo. Y a la vez, es importante detectar precozmente las enfermedades orgánicas que precisan diagnóstico y tratamiento lo antes posible. Solo en caso de que persistan los síntomas habiendo eliminado la enfermedad subyacente, lo consideraremos dispepsia funcional.
5, 10.

El protocolo del manejo de la dispepsia entre los distintos servicios de Atención Primaria del Área Oeste de Valladolid y el Servicio de Digestivo del HURH se introdujo en 2017. Éste se implantó con la finalidad de facilitar el manejo de una patología tan frecuente en las consultas de Atención Primaria como es la dispepsia.

El médico de Atención Primaria tiene un papel central a la hora de acelerar el proceso diagnóstico y terapéutico, teniendo en cuenta, además, que el manejo de dispepsia en la mayoría de las ocasiones se puede hacer desde este nivel sin necesidad de procedimientos invasivos.⁹

Como ya sabíamos por otros estudios anteriores⁵, la dispepsia es una patología más frecuente en mujeres (65,2 %) y se da en personas de edad media (mediana= 44, media 45,69±19,97).

Estudios anteriores también recomiendan gastroscopia en mayores de 55 años y/o con síntomas de alarma y estrategia “Test and Treat” en menores de 55 años y sin síntomas de alarma como “Patrones oro”⁹. Esta información coincide con el protocolo implantado.

De acuerdo con otros artículos publicados⁸, la mayoría de los pacientes acuden a la consulta hospitalaria con analítica solicitada por su médico de atención primaria y en nuestra serie esta cifra llegó al 92.4%.

Si los pacientes tienen más de 55 años y/ o síntomas de alarma, el médico de Atención Primaria puede y debe solicitar una gastroscopia sin necesidad de derivarlo al Servicio de Digestivo, según las guías clínicas del año 2004⁸. En nuestro caso, sin embargo, solo se realizó gastroscopia al 5,1 %.

Si los pacientes tienen menos de 55 años y no tienen síntomas de alarma, se les debe realizar un test para la detección del H. Pylori y tratarlo si da positivo. Si se demuestra

que la patología no está causada por dicha bacteria, se realizará tratamiento con Inhibidores de la bomba de protones durante un mínimo de 4-8 semanas y se corroborará si la clínica mejora. Si la clínica persiste se le recetará al paciente un procinético. Si con dichas pruebas y tratamientos vemos que no mejora, se le remitirá, si precisa, al Servicio de Digestivo del HURH.

En el grupo de pacientes que tenían indicación de “Test and Treat” (64,6%), se estudió el H. Pylori en heces al 38,4% de los mismos y se les trató con los antibióticos pertinentes ^{11,12} en una pequeña proporción ya que, de los pacientes que tenían indicación de “Test and Treat” recibieron tratamiento anti-H. pylori el 12.6%, una cifra inferior a la recomendada en el reciente Consenso de Toronto¹⁴. En el momento de la derivación a A. Digestivo, habían recibido algún tipo de tratamiento el 62.1% de los pacientes, pero con IBP solo habían sido tratados el 29,8% y el 10,6% con espasmolítico-procinético. Esto nos hace pensar que es probable que una mayor tasa de tratamiento erradicador y de tratamiento antisecretor (IBP) y de procinéticos podría disminuir la tasa de derivación a consultas hospitalarias

En el estudio de Gené¹⁵ la encuesta hecha a médicos de familia mostraba que solo se erradicaba el H. Pylori en la dispepsia en un 10% de pacientes.

Es un dato muy positivo que el diagnóstico de sospecha de atención primaria se confirmó en el 65% de los pacientes en la consulta hospitalaria, de modo que, tras realizar el estudio pertinente en la consulta hospitalaria, 129 pacientes (65.7%) de ellos, fueron dados de alta. Existen pocos datos en la literatura que correlacionen la tasa de confirmación diagnóstica entre niveles. Y en este caso creemos que avala el manejo planificado, con un estudio coordinado ya que la sospecha clínica del especialista en atención primaria se confirma en un elevado porcentaje de pacientes.

El tiempo medio hasta el alta fue de bastante prolongado debido a la demora de las pruebas diagnósticas.

Un análisis preliminar de este trabajo ha sido aceptado como comunicación en la Semana de Enfermedades Digestivas (SED) Santander 13-15 2019¹⁵

6. CONCLUSIONES

- La dispepsia es una patología frecuente, más prevalente en mujeres y en personas de edad media.
- La correlación diagnóstica Primaria-Hospitalaria fue del 62,1%
- Se realizó gastroscopia en el 40% de los pacientes
- Casi el 70% de los pacientes fueron dados de alta
- Mejorar la tasa de tratamiento erradicador H Pylori podría disminuir la tasa de derivación, así como el aumento en la solicitud de Gastroscopia desde Atención Primaria.
- Se precisa avanzar en conseguir mayor grado de implantación de los protocolos clínicos para mejorar la eficiencia en continuidad asistencial.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ciril Rozman Borstnar, Francesc Cardellach López. Medicina Interna, Farreras Rozman. Vol 1. 17ª Ed. España. Elsevier; 2013
2. Javier P. Gisbert, Xavier Calvet Calvo, Juan Ferrándiz Santos, Juan José Mascort Roca, Pablo Alonso-Coello, Mercé Marzo Castillejo. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Actualización 2012. Resumen Ejecutivo. Elsevier Doyma. 2012; 44(12): 728-733.
3. Juan J. Sebastián Domingo. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. Elsevier. Mayo 2017; Vol 148 (10): 435-482.
4. Talley NJ, Walker MM, Holtmann G. Dispepsia funcional. PubMed. Noviembre 2016; 32(6): 467-473. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27540688>
5. Arturo Louro González, Carmen Castiñeira Pérez, Natalia Gómez Gómez. Dispepsia. Fisterra. Diciembre 2016;
6. Plan de atención coordinada Atención primaria-A. Digestivo. Valladolid Oeste. Protocolo dispepsia. Rio Hortega.
7. Juan José Sebastián Domingo. Dispepsia funcional. Descripción y tratamiento. Elsevier. Mayo 2002: 16 (5): 7-83.
8. Saqib Ansari, Alexander C Ford. Initial management of dispepsia in primary care: an evidence-based approach. British Journal of General Practice. Septiembre 2013; 63: 498-499.
9. Nizama Salihefendic, Muharem Zildzic, Emir Cabric. A New Approach to the Management of Uninvestigated Dyspepsia in Primary Care. Dilemmas. Abril 2015; 69 (2): 133-134.
10. Oh JH, Kwon JG. Dispepsia funcional. PubMed. Febrero 2019; 73 (2): 77-83.
11. Javier P. Gisbert, Xavier Calvet, Fernando Bermejo, Daniel Boixeda, Felipe Bory, Luis Bujanda, Manuel Castro-Fernández, Enrique Dominguez-Muñoz, Juan Ignasi Elizalde, Montserrat Forné, Emili Gené. III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *Helicobacter pylori*. Elsevier. Mayo 2013: 36 (5): 301-374.
12. Ruiz García A, Gordillo López FJ, Hermosa Hernán JC, Arranz Martínez E, Villares Rodríguez Je. Efecto de la erradicación de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia funcional: ensayo aleatorizado controlado con placebo. PubMed. Marzo 2009; 124 (11): 401-5.

13. Gené E, Calvet X, Azagra R, Gisbert JP. Estudio de costo-efectividad sobre la duración del tratamiento con H. pylori en atención primaria. PubMed. Diciembre 2010; 38 (10): 555-62.
14. Fallone CA, Chiba N, Veldhuyzenvan S et al. The Toronto Consensus for the Treatment of Helicobacter pylori Infection in Adults Gastroenterology Volume 151, Issue 1, July 2016, Pages 51-69.e14
15. Genéa F, Calveta F, AzagrabT, et al. Manejo de la dispepsia, la enfermedad ulcerosa y la infección por Helicobacter pylori en atención primaria. Atención Primaria Volume 29, Issue 8, 2002, Pages 486-494
16. Palencia R; Moreta M2; Sanchez Martin F; Najera Muñoz R; Fuentes Valenzuela E; Garcia Paares F; Almohalla Alvarez C; Alonso Martin C; Sanchez Antolin G
¿ES LA COORDINACION INTERNIVELES LA CLAVE DEL CONTROL DE LAS LISTAS DE ESPERA EN LA DISPEPSIA? Semana de las Enfermedades Digestivas SED, 13-15 junio 2019 Santander.