



---

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**Grado en Enfermería**

**Curso 2017/18**

**Dispepsia funcional: actualización del tema e intervenciones de Enfermería.**

**Alumna: Claudia Moreno Alonso**

**Tutora: Eva Muñoz Conejero**

## RESUMEN

La dispepsia funcional es un síndrome crónico que produce malestar a nivel gástrico. Puede estar causado por alteraciones en la función gástrica y/o intestinal, hipersensibilidad visceral, alteraciones psicológicas o factores genéticos. Sus síntomas principales son: saciedad precoz postprandial, hinchazón, sensación de plenitud, pirosis, náuseas que pueden dar lugar a vómitos, eructos e incluso dolor, provocando una disminución significativa de la calidad de vida de la persona que lo padece. Cabe destacar, el importante aumento de la prevalencia de estos síntomas en la población general en los últimos años, por lo que, mediante esta revisión bibliográfica, se recogen los puntos más importantes y actuales de la dispepsia funcional, al mismo tiempo que se indican las principales intervenciones de enfermería, remarcando lo imprescindible que resulta realizar una correcta anamnesis para descartar patologías graves como el cáncer, y el llevar a cabo un correcto seguimiento y educación para la salud de los pacientes una vez diagnosticados.

**Palabras clave:** Dispepsia funcional, enfermería, tratamiento e intervenciones.

## ABSTRACT

Functional dyspepsia is a chronic syndrome that bring about discomfort at gastric level. It may be caused by gastric and/ or intestinal function alterations, visceral hypersensibility, psychological alterations or genetic factors. Its main symptoms are: early postprandial satiety, swelling, sensation of fullness, heartburn, nausea that can provoke vomiting, belching even pain, causing a significant decrease in life's quality of the person who suffers it. In recent years, it is noteworthy the crucial prevalence's increase of these symptoms between people, so that, through this literature study, the most important and current points of functional dyspepsia are collected, at the same time as the main nursing interventions are indicated, pointing out the essential that it is necessary to carry out a correct anamnesis to exclude serious pathologies such as cancer, and to carry out a correct follow-up and health education of patients once diagnosed.

**Keywords:** Functional dyspepsia, nursing, treatment and interventions.

# ÍNDICE

<b>1.INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1.PREVALENCIA.....	2
1.2.CLASIFICACIÓN.....	3
<b>2.OBJETIVOS.....</b>	<b>5</b>
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>6</b>
<b>4.DESARROLLO.....</b>	<b>7</b>
4.1.FISIOPATOLOGÍA.....	7
4.2.DIAGNÓSTICO.....	8
4.3.TRATAMIENTO.....	12
4.4.DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	16
<b>5.DISCUSIÓN.....</b>	<b>21</b>
<b>6.CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>7.BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>23</b>

## 1. INTRODUCCION Y JUSTIFICACIÓN

Aunque en general la dispepsia se ha referido a un cuadro clínico del tracto digestivo superior en relación con la ingesta, el síndrome dispéptico no siempre presenta una relación directa con esta, ni la clínica se acompaña de un mismo patrón semiológico, ya que la sintomatología referida por el paciente puede ser muy heterogénea y ambigua. De hecho, el término dispepsia de etimología griega: dys = mal, pepsis = digestión, es más conocido por la población general como indigestión. Desde mediados hasta finales del siglo XX ha tenido más de 20 definiciones, destacando la del Dr. Patterson en 1965, quien la definió como “enfermedad funcional del estómago” y la de Colins – Jones que, en 1988, realiza una definición más amplia, siendo la dispepsia: “cualquier síntoma que sea atribuible al tracto gastrointestinal superior, incluyendo dolor abdominal o retroesternal, malestar, pirosis, náuseas y vómitos” (1,2).

Actualmente, todavía no existe una definición universalmente aceptada, pero la gran mayoría de los expertos coinciden en que es un síndrome recurrente que produce malestar a nivel gástrico. Abarca una serie de síntomas que se focalizan en la parte superior del tracto gastrointestinal, siendo los principales: saciedad precoz postprandial, hinchazón, sensación de plenitud, pirosis, náuseas que pueden dar lugar a vómitos, eructos e incluso dolor (3, 4). Estas manifestaciones suelen darse generalmente tras la ingesta de comida, aunque no es así en el 100% de los casos. A su vez, para poder diagnosticar a un paciente de dispepsia, según los Criterios de Roma IV, los síntomas deben estar activos por lo menos durante los últimos 3 meses, y haber aparecido por primera vez 6 meses antes del diagnóstico (5). Estos criterios, se establecieron mediante un consenso entre expertos sobre Trastornos Funcionales Digestivos (TFD), reunidos la primera vez en Roma en 1992 y la última en el año 2016, con motivo de su actualización, acordándose para la dispepsia funcional los siguientes criterios (6,7):

- 1) Plenitud postprandial molesta, saciedad temprana molesta, dolor epigástrico molesto, ardor epigástrico molesto.

2) No hay evidencia de enfermedad estructural (habitualmente se realiza una endoscopia oral) que podría explicar los síntomas.

### 1.1. PREVALENCIA

Los índices reales de prevalencia de la dispepsia funcional son difíciles de establecer y varían de unos estudios a otros por diferentes motivos.

En primer lugar, al tratarse de síntomas que generalmente se manifiestan en individuos sanos, éstos muchas veces no los consideran suficientemente molestos ni peligrosos para acudir a su Médico de Atención Primaria, y poder realizar una evaluación diagnóstica que permita registrar el caso, pautar un tratamiento y/o aconsejar sobre medidas terapéuticas que los mejoren o eliminen.

En segundo lugar, según sea la definición de dispepsia funcional más o menos restrictiva, varía la prevalencia de esta patología. Así, si solo se considera la dispepsia como dolor en el abdomen superior, la prevalencia sería del 7-34%, mientras que, si se considera como el conjunto de síntomas definido en los criterios de Roma IV, aumenta al 23-45% de la población general. De hecho, un estudio llevado a cabo en España indicaba que un 39% de los españoles había sufrido alguno de estos síntomas en algún momento de su vida y que el 24% de ellos lo había presentado en los últimos 6 meses (8-10).

Por último, la superposición con otras patologías como el reflujo gastroesofágico (RGE) y la inespecificidad de los síntomas han llevado a que varios estudios realizados en distintos países como Norteamérica, Europa y Australia indiquen una prevalencia de la dispepsia funcional mayor incluso del 50% (7).

No obstante, a pesar de todas estas limitaciones, los últimos estudios realizados en distintos países establecen la prevalencia media aproximada entre un 11 – 29,2%, remarcando que en el 2016 la American Gastroenterological Association (AGA) afirmó que aproximadamente una de cada cuatro personas en el mundo la padecen.

Es importante destacar que hasta un 50% de las personas que presentan estos síntomas no acuden a una consulta médica, e incluso, un 27% de ellos se automedica. Aun así, en España estos pacientes representan el 8,2 % de las consultas de Atención Primaria, y hasta el 40% de las consultas de Médicos Especialistas (4).

## 1.2. CLASIFICACIÓN:

La dispepsia generalmente se clasifica en 3 grandes grupos:

- Orgánica: secundaria a otras enfermedades
  - Por Helicobacter Pylori: cuando existe una infección por H. Pylori puede dar lugar a úlceras pépticas que provocan estos síntomas. Generalmente con la eliminación de esta bacteria del organismo, los síntomas de la dispepsia desaparecen. Después de la idiopática, es la causa más frecuente de dispepsia.
  - Reflujo gastroesofágico
  - Cáncer de estómago
  - Medicamentos: algunos fármacos como los AINES, hierro o aspirinas entre otros, dañan la mucosa gástrica y pueden provocar este cuadro clínico.
  - Intolerancias a determinados alimentos
  - Patología biliar y pancreática
  - Trastornos metabólicos
  - Enfermedades sistémicas
- No investigada: no ha sido estudiada, porque el paciente no lo ha consultado con su Médico, o simplemente se ha diagnosticado como funcional sin pruebas previas.
- Funcional o idiopática: no existen causas aparentes que puedan dar lugar a los síntomas. Desde el consenso de Roma IV se subdivide en 2 tipos:

- **SÍNDROME DE DISTRÉS POSTPRANDIAL (SDP):**  
Se presenta uno o ambos síntomas al menos 3 días por semana:
  - Plenitud postprandial molesta
  - Saciedad precoz molesta
- **SÍNDROME DE DOLOR EPIGÁSTRICO (SDE)**  
Incluye, al menos, uno de los siguientes síntomas, por lo menos un día a la semana:
  - Dolor epigástrico molesto
  - Ardor epigástrico molesto (5,6)

Dentro de esta clasificación, la dispepsia funcional es el tipo de dispepsia más común a nivel mundial, provocando un importante deterioro de la calidad de vida de los pacientes que la padecen. A su vez, genera una importante inversión económica para la Sanidad, ya que el elevado número de pacientes conlleva un gran consumo de recursos sanitarios (consultas, pruebas diagnósticas y fármacos) y absentismo laboral; además un incorrecto diagnóstico puede enmascarar patologías más graves como el cáncer gástrico.

Por ello, es importante elaborar un manual que recoja toda la información relevante y resumida sobre la dispepsia funcional, que sirva de guía a los profesionales sanitarios, en especial a los profesionales de Enfermería, para que puedan llevar un correcto seguimiento de los pacientes que la padecen, ayudándoles a mejorar su calidad de vida (10).



## 2. OBJETIVOS:

### **Generales**

- Reunir la información más relevante y actualizada existente en la literatura científica sobre la dispepsia funcional.

### **Específicos**

- Identificar las principales intervenciones de enfermería en los pacientes con dispepsia funcional.
- Fomentar la educación para la salud de los pacientes con dispepsia funcional.

### 3. METODOLOGIA

Para realizar este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica basada en la evidencia científica. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Scielo, Medline o Google Académico. También fue reunida información de las Asociaciones de Gastroenterología tanto americana (AGA), como española (AEGASTRO) y de libros publicados en internet por la editorial ELSEVIER, además de obtener mucha información relevante recogida de Guías Clínicas de diferentes hospitales.

Las palabras utilizadas para la búsqueda de artículos en las bases de datos fueron: “dispepsia”, “dispepsia funcional”, “etimología”, “causas”, “fisiopatología”, “síntomas”, “diagnóstico” “enfermería” “tratamiento”, “intervenciones”. Respecto al idioma se buscó tanto en inglés como en español.

De las 65 fuentes consultadas, 41 de ellas fueron descartas por no cumplir los criterios de inclusión seleccionados:

- 27 por no ser realizadas en fechas recientes (aproximadamente últimos 10 años)
- 8 por poder leerse únicamente el resumen y no el artículo completo
- 5 por no haber sido realizadas por fuentes fiables
- 1 por no adecuarse al idioma

La búsqueda fue complicada debido a los pocos estudios realizados sobre esta patología y su antigüedad, siendo especialmente complicado encontrar fuentes que incluyeran el trabajo enfermero en el seguimiento de estos pacientes.

## 4. DESARROLLO

### 4.1. FISIOPATOLOGÍA:

La gran variedad de síntomas, asociados a la dispepsia funcional hacen difícil establecer un único mecanismo fisiopatológico que los justifique, de ahí que se hayan definido los siguientes factores como causantes de esta patología (1,5):

- **ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN GÁSTRICA Y/O INTESTINAL.** Los motivos por los que puede verse afectada son los siguientes (11 -14):
  - Alteración de la acomodación gástrica a la comida: cuando los alimentos son ingeridos, en el estómago se produce una relajación y aumento de la acomodación (compliance) gástrica, de modo que puede aumentar el volumen de su contenido sin aumentar la presión intragástrica. Estudios realizados en pacientes con este tipo de dispepsia, reflejaban que hasta un 40% de ellos tenían alterada la acomodación gástrica, siendo el principal síntoma asociado a esta alteración la saciedad precoz.
  - Retraso del vaciamiento gástrico: seguido de la acomodación gástrica en condiciones fisiológicas, se inicia el vaciamiento gástrico a través del píloro, cuando las sustancias ingeridas alcanzan el tamaño apto, tras ser sometidas a la acción del ácido gástrico para pasar al intestino delgado. Durante mucho tiempo, se relacionó la dispepsia funcional con la gastroparesia, considerándose que entre un 30% - 80% de estos pacientes presentan un vaciamiento gástrico retrasado. Sin embargo, estudios más recientes demuestran que es difícil concretar un porcentaje más o menos exacto que relacione esta disfunción gástrica con la dispepsia, y que no está asociado de forma importante a síntomas dispépticos como puede ser la plenitud postprandial.
  - Secreción ácido gástrico: no existen estudios que indiquen que el aumento o disminución de la secreción del ácido gástrico genere

dispepsia, sin embargo, sí está demostrado que el tratamiento de la dispepsia funcional con antisecretores mejora los síntomas.

- **HIPERSENSIBILIDAD VISCERAL:** es una de las suposiciones que más probabilidades parece tener a la hora de analizar los estudios realizados. Debido a que la mayoría de las veces los síntomas se generan tras la ingesta de alimentos, es posible que las personas que sufren dispepsia presenten una hipersensibilidad ante el incremento de volumen del estómago.
- **ALTERACIONES PSICOLÓGICAS:** a día de hoy, se conoce que las emociones, y en particular la ansiedad crónica, muchas veces originada por el estrés de la vida cotidiana, así como los estados de ánimo se reflejan en el organismo, con preferencia en algunos aparatos como el digestivo y esto puede producir síntomas de dispepsia cuando se trata del tracto digestivo alto. Además, es posible que pacientes con una personalidad de rasgos hipocondriacos magnifiquen sensaciones leves de malestar digestivo, que los lleva a realizar múltiples consultas y, habitualmente, a visitar a varios médicos.
- **FACTORES GENÉTICOS:** recientes estudios de epidemiología genética relacionan polimorfismos de la proteína G, concretamente GNB3 asociado con un aumento de la actividad inmunológica y con la presencia de dispepsia funcional.

#### 4.2. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la dispepsia funcional se lleva a cabo tras descartar otras patologías. Por tanto, cuando una persona acude a consulta con síntomas dispépticos no investigados, lo primero que deberá llevarse a cabo es una correcta **anamnesis** clínica del paciente, recogiendo datos sobre (1, 3, 15):

- **EDAD:** la mayoría de las Guías Clínicas recomiendan la realización de una endoscopia digestiva alta a partir de los 55 años.

- ESTILO DE VIDA (tabaquismo, consumo de alcohol, tipo de dieta...)
- INGESTA DE FÁRMACOS
- TIPO DE DOLOR GÁSTRICO, ya que ciertas patologías no ubicadas en el tracto digestivo como la patología biliar y pancreática pueden producir epigastralgia, así como enfermedades sistémicas y trastornos metabólicos (uremia, hiper/ hipotiroidismo)
- SÍNTOMAS AJENOS al síndrome dispéptico, que puedan indicar intolerancia a los alimentos o celiaquía.
- CARACTERÍSTICAS DE LAS DEPOSICIONES (consistencia, frecuencia), para descartar patologías como el síndrome del intestino irritable u obstrucción intestinal crónica.
- INVESTIGAR FACTORES PSICOSOCIALES que pueden estar condicionando un estado de ansiedad, habitualmente crónico, y la producción de un síndrome de dispepsia. Esto puede ser más importante en pacientes jóvenes y que no presentan signos o síntomas de alarma de una dispepsia orgánica, pudiendo pensar que en este tramo de la vida la ansiedad es una emoción habitual. Los principales signos de alarma se recogen en la tabla 1.

**Tabla 1: Signos y síntomas de alarma en pacientes con dispepsia.** (Elaboración propia a partir de Gisbert. JP, 2012) <sup>(3)</sup>

<b>SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA EN PACIENTES CON DISPEPSIA</b>
- 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 u organomegalias
- Ascitis
- Antecedentes familiares de cáncer gástrico

Tras finalizar la anamnesis, será conveniente la realización de una exploración física, descartando los signos de alarma anteriormente citados, cuya presencia haría necesaria la derivación a un médico especialista, ya que aumentan la probabilidad de padecer una patología importante que necesite un rápido diagnóstico y tratamiento.

Por tanto, para evitar técnicas de diagnóstico invasivas innecesarias como las endoscopias, se utilizan dos estrategias para hacer una aproximación diagnóstica y, si procede, intentar eliminar los síntomas dispépticos. Estas dos estrategias son:

- 1. TEST AND TREAT (T&T):** consiste en realizar una prueba para diagnosticar la presencia de *Helicobacter Pylori* en el estómago, ya que la presencia de este microorganismo patógeno, como se ha indicado anteriormente, puede generar úlceras gástricas que den lugar a síntomas dispépticos. Generalmente, la prueba realizada es la prueba del aliento con urea marcada con  $^{13}\text{C}$  con previa administración de ácido cítrico, este examen no invasivo es de una alta fiabilidad (sensibilidad del 88-95% y especificidad del 95-100%), pero no en todos los centros de atención primaria disponen de ella, por lo que puede realizarse una serología o detección del antígeno en heces, aunque en este caso, la fiabilidad se reduce respecto a la primera (15 - 17). Si este test fuera positivo, se administra al paciente un tratamiento para erradicar el *H. Pylori*, habitualmente con un inhibidor de la bomba de protones y dos antibióticos (ver apartado tratamiento de la dispepsia).

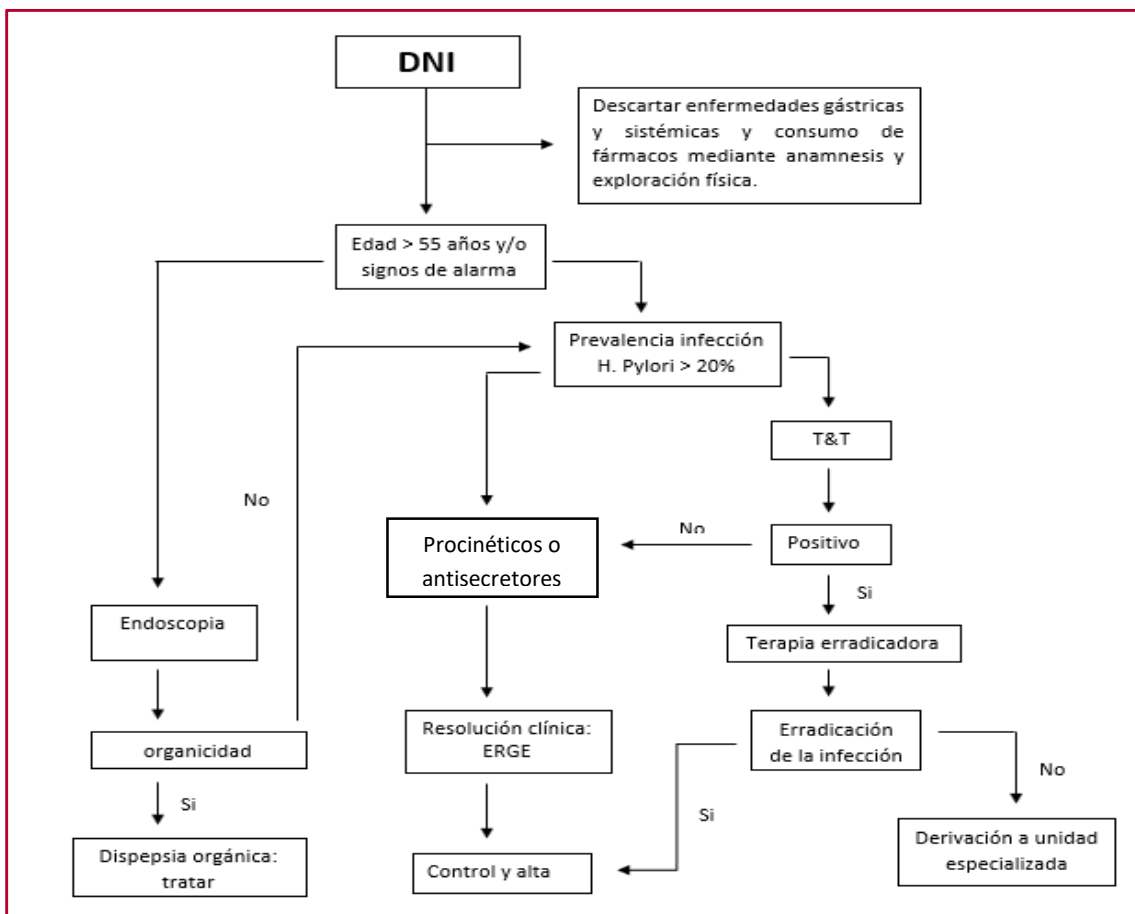
El T&T se realiza si el porcentaje de infección en la población general por *H. Pylori* es  $> 20\%$ . Si por el contrario fuera  $< 20\%$  o la prueba fuera negativa, se llevaría a cabo la siguiente estrategia:

- 2. TRATAMIENTO ANTISECRETOR:** cuando no existen síntomas de alarma y el test del aliento es negativo, está demostrado que el tratamiento antisecretor con inhibidores de la bomba de protones reduce los síntomas dispépticos en el 80% de los pacientes, sobre

todo en pacientes en los que estos síntomas son producidos por la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). El inconveniente de este tratamiento que suele pautarse durante un tiempo de entre dos a cuatro semanas, es el elevado porcentaje de recidiva, de aproximadamente el 100% al cabo de un año de su finalización, por lo que otra alternativa serían los fármacos procinéticos (1, 18).

En el supuesto caso de que el paciente tenga más de 55 años o existan síntomas de alarma, se recomendará directamente una endoscopia digestiva alta para descartar una neoplasia gastroesofágica.

Existe un algoritmo seguido por muchos facultativos, a través del cual, partiendo de la dispepsia no investigada, dependiendo de las características de cada paciente y sus síntomas poder llegar al tipo de dispepsia que sufre.



**Figura 1. Manejo de la dispepsia no investigada.** DNI: dispepsia no investigada. T&T: test and treat. IBP: inhibidores de la bomba de protones. ERGE: enfermedad de reflujo gastroesofágico. (Ferrández Santos JA. 2014) <sup>(5)</sup>

### 4.3. TRATAMIENTO:

El tratamiento de la dispepsia funcional puede ser farmacológico y no farmacológico:

#### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Si una vez realizado el **T&T**, el resultado es **positivo**, está indicado llevar a cabo un tratamiento para eliminar el H. Pylori. Existen diferentes tipos de terapias que combinan distintos fármacos (Tabla 2). Se pautarán unas u otras teniendo en cuenta distintos factores como la resistencia a los antibióticos de la bacteria o las alergias del paciente.

Tabla 2: Terapias de erradicación de H. Pylori. (Asociación Española de Gastroenterología, 2012) <sup>(1)</sup>

TRATAMIENTO	FÁRMACOS	DOSIS Y POSOLOGÍA	DURACION (días)
<u>Terapia triple clásica</u>	IBP Claritromicina Amoxicilina	Dosis doble /12h 500 mg /12 h 1g /12 h	10-14
<u>Terapia cuádruple clásica con bismuto</u>	IBP Subcitrato de bismuto Tetraciclina Metronidazol	Dosis estándar /12 h 120 mg / 6 h 500mg /6 h 500 mg / 8 h	7 – 14
<u>Terapia cuádruple "secuencial"</u>	IBP Amoxicilina Claritromicina Metronidazol	Dosis estándar / 12h 1g / 12 h 500mg / 12 h 500 mg / 12 h	10 5 (1 a 5) 5 (6 -a 10) 5 (6 a 10)
<u>Terapia cuádruple "concomitante"</u>	IBP Amoxicilina Claritromicina Metronidazol	Dosis estándar / 12h 1g / 12 h 500mg / 12 h 500 mg / 12 h	10
<u>Tratamiento de rescate tras fracaso de terapia triple clásica</u>	IBP Amoxicilina Levofloxacino	Dosis estándar / 12 h 1g / 12 h 500 mg / 12 – 24 h	10



### La terapia triple clásica

Hasta la actualidad ha sido la terapia más utilizada para la erradicación de esta bacteria, pero algunos estudios recientes han demostrado que la probabilidad de éxito es  $< 80\%$ . Esta disminución en la tasa de éxito está relacionada con el aumento de la resistencia de *H. Pylori* a la claritromicina. Si la probabilidad de resistencia a la claritromicina en la población general es  $> 15 - 20\%$  se recomienda utilizar otra terapia. Actualmente, en cualquier caso, sería recomendable valorar otro tipo de terapia distinta a la triple clásica como primera opción (19- 21).

Si se pautara la terapia triple clásica y no fuera efectiva, se realizaría el tratamiento de rescate, cambiando la Claritromicina por Levofloxacino.

En el supuesto caso de que el paciente sea alérgico a las Penicilinas, en la terapia triple clásica será sustituida por Metronidazol, o se utilizará la terapia cuádruple clásica como primera opción.

Las alternativas a la terapia triple clásica son:

### La terapia cuádruple clásica con bismuto

Se ha demostrado igual de eficaz y segura que la triple clásica, no obstante, su tasa de efectividad disminuye sutilmente en aquellas zonas donde la resistencia al Metronidazol es alta en la población general (1).

### La terapia cuádruple secuencial

La terapia cuádruple secuencial disminuye de forma considerable su tasa de erradicación en zonas donde existe una resistencia doble tanto a Metronidazol como a Claritromicina (22).

### La terapia cuádruple concomitante

La terapia cuádruple concomitante tiene una ventaja importante, ya que es mucho más fácil de explicar por parte del personal sanitario y de entender por los pacientes, mejorando la adherencia al tratamiento.

Los estudios realizados no revelan gran diferencia de eficacia respecto a la secuencial y a la concomitante, pero sí es cierto que son más eficaces e iguales de seguras que la triple clásica

Si una vez realizado el **T&T**, la prueba fuera **negativa**: se valoraría el tipo de dispepsia funcional que padece el paciente según los síntomas predominantes (síndrome de distrés postprandial o síndrome de dolor epigástrico). Tras saber qué tipo predomina, se valoraría el tratamiento a elegir.

#### **A) SÍNDROME DE DISTRÉS POSTPRANDIAL,**

- **TRATAMIENTO** de primera línea: PROGINÉTICOS (favorecen la motilidad intestinal y el vaciado gástrico estimulando la contracción del músculo liso).
- **EFFECTOS ADVERSOS**: los procinéticos con acción dopaminérgica, pueden causar *trastornos neurológicos*.
  - No pautar más de 4 semanas

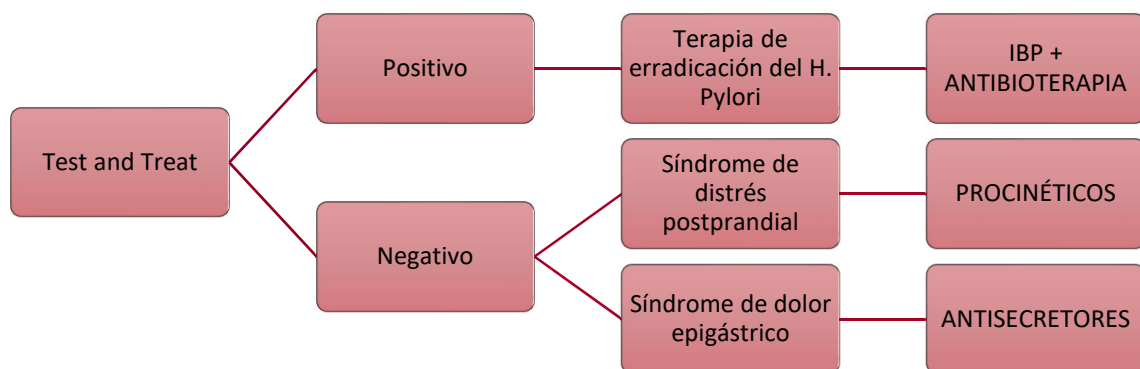
#### **B) SÍNDROME DE DOLOR EPIGÁSTRICO**

- **TRATAMIENTO** de primera línea: ANTISECRETORES (2 tipos):
  - Inhibidores de la bomba de protones (IBP)
    - Mayor potencia antisecretora
    - Ventaja: 1 dosis diaria
  - Anti – H2 (antagonista del receptor de la histamina)
- **ADMINISTRACION**: es importante informar al paciente de lo siguiente:
  - Debe administrarse entre 15 – 30 minutos antes de la ingesta de comida
  - Pérdida de efectividad de los IBP ante situaciones de ayuno prolongado

Tras cuatro semanas se evaluará si el tratamiento ha sido efectivo o no. En el supuesto caso de no ser efectivo, podrá sopesarse una nueva estrategia de tratamiento combinando procinéticos y antisecretores.

Por último, como opción farmacológica para el tratamiento de la dispepsia funcional, podría valorarse también la administración de **antidepresivos**, debido a la posible relación entre las enfermedades psicológicas y la somatización de síntomas digestivos. Generalmente, los antidepresivos escogidos son los tricíclicos, administrados a dosis más bajas de las pautadas para tratar enfermedades psiquiátricas. Su elección se basa en el efecto que ejerce en la disminución de los síntomas asociados al estrés/ ansiedad, su posible efecto analgésico al intervenir de forma indirecta en la secreción de opioides endógenos y a su acción farmacológica local sobre el tracto gastrointestinal alto.

Diagrama resumen:



## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Se basa en realizar una buena educación para la salud respecto al cambio en los hábitos de vida como:

- Eliminar la ingesta de alcohol si lo consumiera
- Eliminar el tabaco si fuera fumador
- Enseñar pautas sobre la alimentación (disminuir la cantidad de las ingestas y aumentar el número de estas, no ingerir a gran velocidad, reducir grasas, aumentar frutas, verduras y fibra)
- Realizar actividad física de forma habitual
- Consejos para, en lo posible, minimizar el estrés de su vida

La mayoría de estos consejos terapéuticos serán válidos también para los pacientes afectados de dispepsia orgánica, con las limitaciones que imponga su estado general, por ejemplo, en lo referente a la actividad física.

A pesar de que hay pocos estudios que demuestren que la modificación del estilo de vida siguiendo estos consejos mejore el curso del síndrome de dispepsia, si es cierto que muchos pacientes mejoran de sus síntomas y todos mejoran su estado general, por lo que debe realizarse siempre como tratamiento coadyuvante.

Existen otras opciones no farmacológicas como tratamiento para la dispepsia como son las intervenciones psicológicas: psicoterapia cognitiva o hipnoterapia. Estas intervenciones parecen mejorar en pequeña medida los síntomas dispépticos, pero no se han realizado estudios realmente fiables y con un número de pacientes a estudio lo suficientemente elevado como para afirmar que estas terapias sean 100% efectivas (1, 4).

Por último, destacar otras alternativas, como la homeopatía o productos de herbolarios como STW – 5 o Iberogast. Estas opciones parece que muestran una mejoría de los síntomas, pero al igual que en el caso anterior, los estudios revisados no permiten encontrar una evidencia clara sobre ello. Asimismo, es importante valorar los efectos adversos que pueden causar este tipo de intervenciones (23).

#### 4.4. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Como profesionales de Enfermería, tras la valoración del paciente, es posible llevar a cabo unos diagnósticos e intervenciones incluidos dentro del campo de trabajo de esta profesión para mejorar su salud. En la siguiente tabla se recogen aquellos diagnósticos (NANDA), resultados (NOC) con sus indicadores e intervenciones (NIC) con las actividades a realizar, que se podrían asociar con la dispepsia funcional distribuidos según las necesidades básicas de Virginia Henderson (24):

NECESIDAD 2: Comer y beber

**Diagnóstico [00134] Náuseas:** fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos. Sus características definitorias son el aumento de la salivación y sensación de náuseas, y está relacionado con la distensión gástrica o trastornos psicológicos como la ansiedad.

<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
<b>[2107] Severidad de las náuseas y los vómitos</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [210702] Intensidad de las náuseas.</li><li>- [210704] Frecuencia de las arcadas.</li><li>- [210706] Angustia por las arcadas.</li><li>- [210708] Intensidad de los vómitos.</li><li>- [210715] Dolor gástrico.</li></ul> <b>[1211] NIVEL DE ANSIEDAD</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [121125] Fatiga.</li><li>- [121126] Disminución de la productividad.</li></ul>	<b>[1450] MANEJO DE LAS NÁUSEAS</b> <b>[5820] DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</b>

NECESIDAD 3: Eliminación e intercambio

**Diagnóstico [00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional:** vulnerable a sufrir un aumento, disminución, falta de actividad peristáltica, o actividad peristáltica ineficaz, del sistema gastrointestinal, que puede comprometer la salud y puede estar provocado por la ansiedad o cambios en los hábitos alimentarios.

<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
<b>[1015] FUNCIÓN GASTROINTESTINAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [101513] Dolor abdominal.</li><li>- [101514] Distensión abdominal.</li><li>- [101515] Hipersensibilidad abdominal</li></ul> <b>[3102] Autocontrol: enfermedad crónica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [310203] Controla los signos y síntomas de la enfermedad</li><li>- [310208] Utiliza estrategias de alivio de los síntomas.</li></ul>	<b>[6650] VIGILANCIA</b> <b>[1120] TERAPIA NUTRICIONAL</b>

NECESIDAD 4: Moverse

**Diagnóstico [00093] Fatiga:** sensación abrumadora y sostenida de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo físico y mental habitual, relacionado con el cansancio, la culpabilidad por la dificultad en mantener sus responsabilidades o la ansiedad.

<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
<b>[0008] FATIGA: EFECTOS NOCIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [801] Malestar</li><li>- [802] Apatía.</li><li>- [812] Deterioro del rendimiento laboral.</li><li>- [814] Absentismo laboral.</li></ul> <b>[2002] BIENESTAR PERSONAL</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [200202] Salud psicológica.</li><li>- [200205] Salud física</li><li>- [200209] Nivel de felicidad.</li></ul>	<b>[5240] ASESORAMIENTO</b>

NECESIDAD 12: Trabajar/ realizarse

**Diagnóstico [00055] Desempeño ineficaz del rol:** patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas, relacionado con una adaptación al cambio ineficaz, ansiedad, dolor o fatiga.

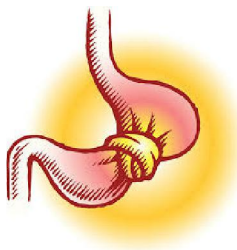
<u>NOC</u>	<u>NIC</u>
<b>[1211] NIVEL DE ANSIEDAD</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [121118] Preocupación exagerada por eventos vitales.</li><li>- [121125] Fatiga.</li><li>- [121130] Cambio en las pautas intestinales.</li><li>- [121131] Cambio en las pautas de alimentación.</li></ul> <b>[2013] EQUILIBRIO EN EL ESTILO DE VIDA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- [201305] Identifica las principales fuentes de estrés.</li><li>- [201307] Evalúa las áreas de desequilibrio percibido en el estilo de vida.</li></ul>	<b>[5820] DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD</b> <b>[5270] APOYO EMOCIONAL</b>

En base a estos diagnósticos desde el campo de trabajo de enfermería las actividades que podrían llevarse a cabo son:

- Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales
- Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda.
- Controlar el estado nutricional.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
- Elegir suplementos nutricionales, según corresponda
- Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos, según corresponda
- Si tuviera náuseas o vómitos:
  - o Animar al paciente a aprender estrategias para controlar las náuseas
  - o Realizar una valoración completa de las náuseas
  - o Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida
  - o Ayudar a solicitar y proporcionar apoyo emocional.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Remitir a servicios de asesoramiento, si precisa.

Además, sería conveniente difundir un tríptico (como el que se adjunta a continuación) para proporcionar a los pacientes tras la consulta de enfermería, ya que en muchas ocasiones, aunque se les expliquen las pautas de forma sencilla para que lo comprendan sin dificultad, es fácil que olviden las explicaciones dadas si no tienen la información por escrito.

# DISPEPSIA FUNCIONAL



Información para  
pacientes.

## ¿QUÉ ES?

La dispepsia funcional (también conocida como indigestión) es un conjunto de síntomas situados en la parte superior del abdomen, generalmente relacionado con la ingesta de comida y que afecta cada día a más gente.

## ¿CUÁLES SUELEN SER SUS SÍNTOMAS?

- Dolor gástrico
- Náuseas
- Vómitos
- Eructos
- Saciedad precoz
- Hinchazón
- Acidez

## FACTORES DE RIESGO

- Fumar
- Beber alcohol
- Ingerir gran cantidad de alimentos
- Ingerir alimentos grasos, carbohidratos, condimentos fuertes.
- Tomar gran cantidad de medicamentos (sobre todo antiinflamatorios)
- Estrés, ansiedad



## CÓMO EVITAR ESTOS SÍNTOMAS.

- Dejar el tabaco si fuma
- Dejar el alcohol si bebe
- Ingerir los alimentos despacio y masticándolos correctamente
- Aumentar el consumo de vegetales y fibra
- Disminuir el consumo de grasas
- Evitar tomar antiinflamatorios
- No cenar justo antes de acostarse



## ¿CUÁNDO DEBO ACUDIR AL MÉDICO?

Si los síntomas no desaparecen siguiendo las pautas explicadas por su enfermera o aparece alguno de estos signos:

- Pérdida importante de peso
- Vómitos intensos y recurrentes
- Disfagia (dificultad para tragar)
- Odinofagia (dolor al tragar)
- Sangre en heces
- Ascitis (abdomen excesivamente hinchado)

Además, si es usted mayor de 55 años y/o con antecedentes familiares de cáncer gástrico, también deberá acudir a su Médico.



**SI TIENEN ALGUNA DUDA O PREOCUPACIÓN AL RESPECTO, NO DUDE EN ACUDIR A SU CENTRO DE SALUD Y PREGUNTAR A SU ENFERMERA.**



## 5. DISCUSIÓN

La dispepsia es una patología cuya prevalencia va en aumento en la población general. Es importante destacar también, que los estudios realizados referidos a la dispepsia son escasos y poco actuales, debido a que no es una enfermedad de especial gravedad – con la salvedad de lo referido a la necesidad de despistaje de las dispepsias orgánicas-, e incluso un gran número de personas que la sufren no acuden a su médico para poder ser diagnosticados y tratados. Además, los síntomas son variados y complejos de interpretar por el facultativo, ya que no existen signos que pueda valorar objetivamente, únicamente dispone de las descripciones que el paciente aporta sobre los síntomas que padece.

Pese a que este síndrome aumenta cada año en la población, los estudios realizados hasta ahora no son suficientes para valorar correctamente el origen de los síntomas, la causa o un tratamiento que sea 100% eficaz.

La mayoría de las guías clínicas elaboradas hasta la actualidad, van dirigidas en gran medida al personal facultativo, y al abordaje de estos pacientes desde el punto de vista de su profesión y competencias, pero ninguna de ellas destaca la intervención de Enfermería. Sería práctico, debido a que la dispepsia funcional es una patología crónica, que, en muchas ocasiones, va a estar presente durante largos periodos de la vida del paciente, que el personal sanitario, en especial el personal de Enfermería esté informado sobre ella, y sepa realizar una correcta anamnesis y un cuidadoso seguimiento de la enfermedad, desde que acuden por primera vez a su centro de salud.

Por último, sería interesante llevar a cabo un proyecto de investigación que determine la calidad de vida de los pacientes con dispepsia antes y después de la difusión de un tríptico explicativo, similar al realizado e incluido en este trabajo, para valorar la efectividad del mismo, es decir, valorar la difusión de información por los profesionales de enfermería.

## 6. CONCLUSIONES

- La dispepsia funcional es un síndrome crónico que va aumentando su prevalencia con el paso de los años en la población general, y aunque no reste años de vida a quienes lo padecen, si disminuye la calidad de la misma. Al ser una patología crónica, es importante el trabajo multidisciplinar de los profesionales de la salud (Médicos, Enfermeros, Psicólogos...) ya que es muy recomendable un abordaje biopsicosocial del paciente para mejorar sus síntomas.
- Desde las competencias de Enfermería, es preciso ofrecer apoyo, información y tranquilidad, así como un correcto seguimiento del paciente.
- Es importante que los profesionales de enfermería de Atención Primaria, con los que los pacientes diagnosticados de dispepsia funcional tienen un contacto directo, rápido y continuo, estén bien formados en esta patología para que puedan llevar a cabo una correcta educación para la salud, que permita mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; Actualización 2012.
2. Colin-Jones DG, Bloom B, Bodemar G, Crean G, Frenston J, Ginger R, et al. Management of dyspepsia: Report of a working party. *Lancet*. 1988;1:576-9.
3. Gisbert JP. Guías de Práctica Clínica sobre manejo del paciente con Dispepsia. Barcelona: Societat Catalana de Digestologia; 2012.
4. Ibarra A. Temas de medicina familiar. Dispepsia. Febrero 2017. [Internet]. [Consultado 15 Enero 2018]. Disponible en: <https://preventiva.wordpress.com/2017/02/15/dispepsia-2/>
5. Ferrándiz Santos JA. Dispepsia. Los principales problemas de salud. 2014; 10(3).
6. Sebastián Domingo JJ. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica. *Medicina Clínica*. 2016; 148(10).
7. Morera Negre MM, Rodriguez Lopez M. Dispepsia funcional: caracterización clínico epidemiológica y endoscópica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2014; 18 (5).
8. AGA. American Gastroenterological Association. [Online].; 2016 [cited 2018 Enero. Available from: [http://www.gastro.org/attachments/6298/Dyspepsia\\_Spanish\\_Design\\_All.pdf](http://www.gastro.org/attachments/6298/Dyspepsia_Spanish_Design_All.pdf).
9. Mearin F., Calleja JL. Definiendo la dispepsia funcional. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2011; 103 (12).
10. Montoro MA. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2a ed. Madrid: Jaryo Editores, S.A; 2012.
11. William Oterro R., Martín Gómez Zuleta, Lina Otero P. Enfoque del paciente con dispepsia y dispepsia funcional: actualización. *Rev Col Gastroenterol*. 2014; 29 (29).

12. Ferrandez A, Campillo A, Bernal V. Dispepsia funcional y orgánica. Manejo general y extrahospitalario del paciente con dispepsia no investigada. 2008; ;10(2):101-7.
13. Bolino MC, Lantorno G. Dispepsia funcional y test de saciedad: utilidad en la práctica clínica. Revista de gastroenterología de México. 2013; 78 (3): 127-134.
14. William Otero R, Gómez Zuleta M, Lina Otero P. Enfoque del paciente con dispepsia y dispepsia funcional: actualización. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2014 Abril; 29(2).
15. Calvet X, Sánchez-Delgado J, Montserrat A, Lario S, Ramírez-Lázaro MJ, Quesada M, et al. Accuracy of diagnostic tests for *Helicobacter pylori*: a reappraisal. Clin Infect Dis. 2009;48:1385-91
16. Gené E, Sánchez-Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria en España. Gastroenterol Hepatol. 2008;31:327-34
17. Gisbert JP, Calvet X, Bermejo F, Boixeda D, Bory F, Bujanda L, et al. III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por *HELICOBACTER PYLORI*. Gastroenterol Hepatol. 2013;36(5):340-74
18. Salvador S. Muñoz C. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamientos en pacientes adultos. Hospital Provincial Neuquén. 2016.
19. Alcedo J, Guevara T, Mearín F. El enfermo con dispepsia. Unidad de Trastornos Motores y Funcionales Digestivos. Unidad Asistencial de Aparato Digestivo de los Hospitales de San Jorge y Barbastro. Huesca. 2012.
20. Gisbert JP. enfermedades relacionadas con *H. pylori*: dispepsia, úlcera y cáncer gástrico. Gastroenterol Hepatol. 2011;34(supl.1):16-27.
21. Graham DY, Fischbach I. *Helicobacter Pylori* treatment in the era of increasing antibiotic resistance. Gut. 2010; 59: 1143-53.
22. Gatta L, Vakil N, Leandro G, Di Mario F, Vaira D. Sequential therapy or triple therapy for *Helicobacter pylori* infection: systematic review and

- meta-analysis of randomized controlled trials in adults and children. Am J Gastroenterol. 2009; 104:3069-7.
23. Sebastian- Domingo JJ. La medicina integrativa en el manejo de la dispepsia funcional. Papel del preparado herbal STW-5. Gastroenterología y Hepatología. 2014; 37 (4): 256 – 261.
24. NNNConsult.com [Internet]. Amsterdam: NNNConsult; 2012 [consulta el 20 de mayo 2018]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda>