

1 INTRODUCCIÓN

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en el marco del Plan de Calidad, ha puesto en marcha el desarrollo de la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados, cuya finalidad es ofrecer respuestas adecuadas a las expectativas sanitarias de los ciudadanos, mediante una utilización más efectiva de los recursos disponibles, con la implicación de todos los profesionales y una estrategia de mejora continua en las actividades que se realizan.

La atención sanitaria por niveles, Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), ha convivido con escasa coordinación y no pocas ineficiencias, entre otras cuestiones, como resultado de una compleja organización.

Precisamente, la Gestión por Procesos Asistenciales Integrados trata de dar solución a esta problemática, reconociendo las actuaciones en los diferentes niveles asistenciales orientados hacia la continuidad y la coordinación, y teniendo en cuenta al paciente en su integridad.

Abordar el Proceso Dispepsia supone conocer, ordenar y protocolizar la mitad de la patología digestiva. Basta con leer la definición internacionalmente aceptada de dispepsia para hacernos una idea del campo tan amplio que se nos abre, pues puede dar cabida a cualquier trastorno referido al tracto digestivo superior. El tema se complica si consideramos que la prevalencia de la dispepsia en la población general es aproximadamente de un 30%, y afecta principalmente al grupo de edad entre 30 y 50 años.

Una serie de factores hace que las consultas por problemas dispépticos hayan aumentado y se prevé que sigan en la misma línea en los próximos años. Por un lado, la mejora

de las condiciones socioeconómicas, que conlleva una mayor preocupación por los trastornos sintomáticos que afectan a la calidad de vida; y, por otro, los avances en el tratamiento de la enfermedad úlcero-péptica que se han producido en los últimos veinticinco años. En cualquier caso, ante un paciente que refiere síntomas dispépticos, nuestra principal preocupación será encontrar la causa de los mismos, con el fin de poder prescribir un tratamiento racional que los elimine.

La conducta que adopte el Médico de Familia es fundamental, ya que la AP es la principal puerta de entrada al Sistema Sanitario de los pacientes con síntomas dispépticos. Utilizando los criterios internacionales aceptados, son muchos los estudios de la literatura (revisión sistemática de la Cochrane Library del año 2001) que confirman la necesidad de realizar una historia clínica exhaustiva y una exploración física donde descartemos a pacientes con síntomas de alarma (anemia, síntomas constitucionales, síntomas severos, edad mayor de 45 años), y que precisarán de un estudio mediante endoscopia en un plazo inferior a 7 días; en el resto de los pacientes, se ensayará un tratamiento empírico, asociado a consejos en el estilo de vida y a una explicación razonable, dada la benignidad de la sintomatología, lo que puede resolver un gran número de casos.

La investigación mediante endoscopia es la actitud más segura y eficaz en el paciente dispéptico para descartar una causa orgánica, constituyendo el patrón-oro para el estudio de la dispepsia; sin embargo, la alta prevalencia de la dispepsia en la población general, el alto coste de la endoscopia, el hecho de ser una prueba molesta y no exenta de riesgos, y la saturación de los servicios de endoscopia, hacen aconsejable establecer otras estrategias de manejo, que eviten la endoscopia como primera medida.

En muchos casos, la necesidad de la endoscopia es el único motivo por el que se deriva al Digestivo a un paciente, que podría ser correctamente seguido y tratado por el Médico de Familia, si éste conociera el resultado de la prueba.

El Proceso Dispepsia pasa por facilitar al Médico de Familia la solicitud de la endoscopia y la prescripción del test del aliento, pues así se disminuiría considerablemente el número de derivaciones a Atención Especializada, y se agilizaría el proceso diagnóstico-terapéutico. Por tanto, será preciso establecer los medios y cauces necesarios para que la endoscopia pueda estar entre las peticiones disponibles en el Centro de Salud, siempre dentro de las indicaciones protocolizadas.

El Proceso Dispepsia se ha realizado adecuándose a la realidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, con pautas de actuación basadas en la mejor evidencia disponible: guías de práctica clínica, meta-análisis, revisiones sistemáticas, revisiones convencionales, ensayos clínicos controlados, análisis coste-efectividad, validación de pruebas diagnósticas y estudios observacionales, según se indica en las referencias bibliográficas.

Gracias a las nuevas tecnologías (revistas y libros virtuales, bases de datos *on-line* o en CD-ROM), las publicaciones científicas están actualizadas; sin embargo, esa misma rapidez en su puesta al día tiene como contrapartida que cualquier publicación queda pronto desfasada; por ello, el Proceso Dispepsia requerirá actualizaciones periódicas que incorporen la mejor evidencia disponible; pero es fundamental tener un soporte sobre el que trabajar en la práctica diaria, con pautas de actuación donde la variabilidad interprofesional sea mínima.

El Proceso Dispepsia se ha desarrollado de forma global, incluyendo los Subprocesos: Dispepsia Funcional, Úlcera Gástrica, Úlcera Duodenal, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, y dos Apéndices: Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y Dispepsia en la embarazada, debido a su frecuencia y a la variabilidad interprofesional.

El descubrimiento del papel patogénico del *Helicobáctter pylori* (*Hp*) en la patología digestiva ha hecho inevitable que se le intente relacionar con la génesis de los síntomas en la dispepsia funcional. Por otra parte, las distintas estrategias de manejo de la dispepsia no investigada han comenzado a incluir el análisis del *Hp* en su árbol de decisión, tanto para seleccionar pacientes que requieren una endoscopia como para realizar un tratamiento empírico. Estas estrategias tienen varios problemas en nuestro medio, donde la prevalencia del *Hp* en la dispepsia funcional (DF) es similar a la de la población general (presente en el 50-95% de los adultos); el *Hp* no puede ser considerado como causa de DF y su erradicación no mejora los síntomas dispépticos.

La úlcera péptica (gástrica y duodenal) supone el 15-20% de las causas de dispepsia. Su incidencia y prevalencia varían entre los distintos países y, dentro de un mismo país, entre sus diferentes áreas geográficas; en Europa tiene una alta incidencia, constituyendo un problema clínico frecuente con importantes consecuencias médicas y sociales difíciles de cuantificar, tanto por el consumo de recursos sanitarios (procedimientos diagnósticos, de tratamiento, hospitalización), como por las pérdidas de productividad y la morbi-mortalidad que ocasiona. La aparición del *Hp* suscitó un importante escepticismo sobre su papel etiológico en las úlceras pépticas, pero las evidencias como factor causante de la úlcera duodenal (UD), hasta en un 95% de los casos, y de la úlcera gástrica, entre el 65-75%, son abrumadoras. La evolución de estos pacientes con tratamiento anti-secretor es una recidiva segura en pocos años, pese a conseguirse la cicatrización de la UD. Con un tratamiento erradicador, se consigue una cicatrización y alivio de los síntomas, menores recurrencias (por debajo del 1,2%); tasas de reinfección por *Hp* también más bajas, disminución del número de complicaciones, como son el sangrado y la perforación, y la consiguiente mortalidad por estas causas.

En el caso de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es difícil dar datos exactos de su prevalencia en nuestro país, ya que no disponemos de estudios realizados en la población general; en otros países, varía entre el 10 y el 50 %. Existe un número importante de pacientes, sobre todo con síntomas leves o intermitentes, que se automedican y no acuden al Sistema Sanitario. Este hecho conlleva una mayor dificultad para disponer de datos, aunque sí sabemos que es un problema de salud muy frecuente en las consultas de Atención Primaria y en las de Digestivo. Por tanto, es fundamental un abordaje integral en el manejo del paciente, que puede ser diagnosticado y tratado según la mejor evidencia disponible, unificando pautas y criterios de actuación de los dos niveles asistenciales, y evitando pruebas innecesarias, costosas y molestas para el paciente.

El Apéndice de gastropatía por AINEs se justifica por cuanto los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) constituyen el grupo de fármacos de uso más frecuente en la actualidad y existe una amplia evidencia que relaciona el consumo de AINEs con la producción de lesiones en la mucosa del trato digestivo. Los AINEs producen hasta un 0,1-0,2% de complicaciones gastrointestinales al año (incidencia) y presentan una prevalencia de entre el 14 y 44%

de las úlceras o el sangrado intestinal, que no siempre van precedidos de síntomas dispépticos (los síntomas no predicen las lesiones ni viceversa). No obstante, no todas las personas que consumen AINEs presentan efectos secundarios gastrointestinales. De hecho, sólo un pequeño número de éstas desarrollan lesiones ulcerosas y un grupo más reducido aún tendrá complicaciones. Por ello, para instaurar la gastroprotección ante un tratamiento con AINEs, nos basamos en una serie de factores de riesgo bien definidos.

La dispepsia en la embarazada se ha abordado como un Apéndice también ya que es un problema muy común durante el embarazo; los pocos estudios existentes en la literatura médica refieren que entre un 60-80% de las gestantes sufren síntomas dispépticos.