



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Relación de dispepsia y polifarmacia en adultos mayores atendidos en  
un hospital de Trujillo

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
Médico cirujano

**AUTORA:**

Asto Velasquez, Daniela Anahi (orcid.org/0000-0002-8201-3205)

**ASESOR:**

Dr. Leguia Cerna, Juan Alberto (orcid.org/0000-0002-9014-5603)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Enfermedades no Transmisibles

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO - PERÚ**

**2023**

## DEDICATORIA

A mi Dios Jehová por permitirme llegar a estas instancias de mi carrera profesional, ya que sin el nada soy. A mis padres y hermanos por ser mi soporte y apoyo incondicional en este largo camino de aprendizaje.

A mis amadas mascotas Hollie y Soberano por acompañarme en mis noches de estudio para la culminación de mi investigación.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios Jehová por ser mi bastión y ayudador  
en todo este proceso de crecimiento profesional

A mis padres, por darme las herramientas para poder  
crecer como persona y profesionalmente

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas .....	v
Resumen .....	vi
Abstract .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	5
III. METODOLOGÍA.....	12
3.1. Tipo y diseño de investigación:.....	12
3.2. Variables y operacionalización de variables: .....	12
3.3. Población, muestra y muestreo:.....	14
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos: .....	14
3.5. Métodos de análisis de datos: .....	17
3.6. Aspectos éticos: .....	18
IV. RESULTADOS .....	20
V. DISCUSIÓN .....	26
VI. CONCLUSIONES .....	31
VII. RECOMENDACIONES.....	32
REFERENCIAS .....	33
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1: Características sociodemográficas, antecedentes personales, medicamento de consumo habitual, dispepsia y polifarmacia de los adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo .....</b>	<b>20</b>
<b>Tabla 2: Asociación entre dispepsia y características sociodemográficas, antecedentes personales, medicamento de consumo habitual y polifarmacia en adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo.....</b>	<b>22</b>
<b>Tabla 3: Influencia de variables sociodemográficas y antecedentes personales en la relación entre dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo .....</b>	<b>24</b>

## RESUMEN

La polifarmacia, el uso de múltiples medicamentos, se ha vinculado directamente con enfermedades gastrointestinales en la mitad de los adultos mayores. A pesar de la creciente importancia de la dispepsia funcional y la polifarmacia en esta población, existe escasa información y falta de estudios que aborden específicamente la relación entre ambas condiciones. **Objetivo:** determinar la relación entre la dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal analítico en 134 adultos mayores de 65 años del Hospital Distrital Jerusalén, Trujillo. **Resultados:** En un estudio con 134 adultos mayores, se encontró que el 61.1% presentaba polifarmacia, y el 42.5% tenía dispepsia. Se encontró una asociación significativa entre dispepsia y variables como edad más joven (RPa 0.94,  $p = 0.010$ ), género masculino (RPa 0.45,  $p < 0.001$ ), hipertensión arterial (RPa 1.19,  $p = 0.312$ ), diabetes mellitus (RPa 1.26,  $p = 0.267$ ), EPOC (RPa 0.45,  $p = 0.009$ ), alcoholismo (RPa 1.48,  $p = 0.019$ ), tabaquismo (RPa 1.86,  $p = 0.049$ ), y polifarmacia (RPa 1.85,  $p = 0.017$ ). **Conclusión:** En 134 adultos mayores hospitalizados en Trujillo, se identificó una asociación entre la presencia de dispepsia y el fenómeno de polifarmacia.

**Palabras clave:** polifarmacia, dispepsia, adultos mayores.

## **Abstract**

Polypharmacy, the use of multiple medications, has been directly linked to gastrointestinal illness in half of older adults. Despite the growing importance of functional dyspepsia and polypharmacy in this population, there is little information and a lack of studies that specifically address the relationship between both conditions. Objective: determine the relationship between functional dyspepsia and polypharmacy in older adults treated at a hospital in Trujillo. Methodology: An analytical cross-sectional study was carried out in 134 adults over 65 years of age from the Jerusalem District Hospital, Trujillo. Results: In a study with 134 older adults, it was found that 61.1% had polypharmacy, and 42.5% had dyspepsia. A significant association was found between dyspepsia and variables such as younger age (RPa 0.94,  $p = 0.010$ ), male gender (RPa 0.45,  $p < 0.001$ ), arterial hypertension (PRa 1.19,  $p = 0.312$ ), diabetes mellitus (PRa 1.26,  $p = 0.267$ ), COPD (RPa 0.45,  $p = 0.009$ ), alcoholism (RPa 1.48,  $p = 0.019$ ), smoking (RPa 1.86,  $p = 0.049$ ), and polypharmacy (RPa 1.85,  $p = 0.017$ ). Conclusion: In 134 older adults hospitalized in Trujillo, an association was identified between the presence of dyspepsia and the phenomenon of polypharmacy.

**Keywords:** polypharmacy, dyspepsia, older.

## I. INTRODUCCIÓN

La razón creciente de personas con edad mayor de 60 años representa un desafío global para la salud pública. Tanto en países de altos ingresos como en aquellos de ingresos bajos y medianos, se observa un rápido envejecimiento de la población<sup>1</sup>. Este fenómeno se asocia con el aumento de enfermedades comórbidas, como hipertensión arterial, trastornos con el control de la glucemia, artritis y patologías en sistema cardiaco y vascular, entre otras.<sup>2</sup> Como resultado, es común que las personas mayores requieran el uso de múltiples medicamentos, conocido como polifarmacia.<sup>3</sup> Este patrón de consumo de múltiples medicamentos, que consiste en el uso regular de cinco o más medicamentos, es frecuente tanto en adultos, que mayores conlleva riesgos significativos, ya que está asociado con un mayor riesgo de experimentar resultados médicos adversos<sup>4, 5</sup>.

Según la definición que la OMS brinda, conceptualiza a la polifarmacia como “aquella administración de varios fármacos en tiempo o la administración de medicación en demasía o exceso”.<sup>6</sup> La prescripción de múltiples medicamentos a menudo es clínicamente necesaria (polifarmacia apropiada). A pesar de ellos, el exponer a diferentes fármacos terapéutico puede ser causa de afecciones; incluso la ingesta prolongada de tratamientos terapéuticos que no tiene indicación, cuyo nombre apropiado es “polifarmacia inapropiada”.<sup>7, 8</sup> La polifarmacia se asocia en algunas ocasiones con múltiples efectos en la salud, principalmente se ve estos efectos adversos en adultos mayores con patología crónica, o con otras comorbilidades incluyendo los riesgos de caerse, falleces, riesgo que haya interacción medicamentosa, y aumento del número de hospitalizaciones auaales<sup>9</sup>.

Recientemente se han reportado asociaciones directas entre la polifarmacia y enfermedades de aparato gastrointestinal en aproximadamente el 50% de los adultos mayores<sup>10, 11</sup>. Dentro de las manifestaciones clínicas más habituales se encuentran la sensación de malestar estomacal, los episodios de expulsión gástrica, la experimentación de dolor en la región epigástrica, la sensación de

hinchazón en la zona abdominal y la liberación de gases a través de la boca<sup>12</sup>. Este conjunto de síntomas se agrupa dentro de un grupo de afecciones gástricas denominado dispepsia<sup>13</sup>. La dispepsia se manifiesta con una serie de síntomas que se relacionan principalmente con la irritación y estimulación de la mucosa gástrica y duodenal; estos síntomas se expresan como sensación de dolor sordo o ardor a nivel del epigastrio, llenura rápida y sensación de saciedad constante. Un aproximado del 80% de personas que tienen estos síntomas no presentan lesiones estructurales, motivo por el cual reciben este diagnóstico. Este conjunto de síntomas puede llegar a afectar a un porcentaje bastante grande que no pasa desapercibido de la población general. Incluso puede llegar a afectar a 1 de cada 5 personas. Se han podido identificar factores que pueden influenciar en la manifestación de estos síntomas; como tener afección psicológica, tener infecciones gastrointestinales a repetición, ser mujer también tiene predisposición a presentar esta patología, el fumar de manera activa y pasiva, la ingesta inapropiada de antiinflamatorios no esteroideos, y la infección por *Helicobacter pylori*<sup>14</sup>. Todo el mecanismo fisiopatológico no está dilucidado en la totalidad, pero se sugieren teorías en la cual hay una desorganizada interacción entre el sistema nervioso central y los intestinos; lo que produce que las vísceras se vuelvan hipersensibles y que se altere la microbiota de la luz intestinal, el mecanismo de producción y la composición inmunitaria de la mucosa<sup>15</sup>.

Aunque desde un punto de vista técnico se establece la necesidad de una endoscopia normal para diagnosticar la dispepsia funcional, la aplicabilidad de la endoscopia en todos los pacientes con síntomas característicos resulta mínima. Por esta razón, se han diseñado cuestionarios, como los Criterios de Roma IV, para abordar este desafío diagnóstico. Estos criterios, aplicados en adultos mayores, consisten en parámetros clínicos y síntomas que facilitan el diagnóstico de la dispepsia funcional. Se fundamentan en la presencia de molestias abdominales sin causa orgánica identificable, manifestadas durante al menos tres días al mes en los últimos tres meses.<sup>16,17</sup>.

A pesar de la creciente relevancia de la dispepsia funcional y la polifarmacia como problemas de salud en adultos mayores, existe un notable vacío de información y una escasez de estudios que aborden específicamente la

asociación entre ambas condiciones en esta población. Aunque se ha reportado un aumento en la prevalencia de ambas situaciones de manera independiente, la investigación dedicada a comprender la posible relación entre la dispepsia y la polifarmacia en adultos mayores es limitada. Esta falta de datos y evidencia científica puede obstaculizar la identificación temprana, el diagnóstico adecuado y el manejo óptimo de estos pacientes, lo que a su vez podría afectar negativamente su efectividad y en la calidad de vida de los tratamientos médicos. Dada la complejidad y las múltiples implicaciones de ambas condiciones, es fundamental abordar esta brecha de conocimiento mediante estudios más exhaustivos y bien diseñados que contribuyan a mejorar la comprensión y la atención de la dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores.

Se plantea el siguiente problema: ¿Existe relación entre la Dispepsia y Adultos mayores con Polifarmacia en un hospital de Trujillo?

Por lo ya mencionado, la justificación de este estudio se fundamenta en la importancia de comprender la relación entre la dispepsia y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo. Existe evidencia creciente de que tanto la dispepsia funcional como la polifarmacia son problemas de salud relevantes en esta población, pero aún existen lagunas en cuanto a su asociación y sus implicaciones clínicas.

El objetivo general de este estudio es determinar la relación entre la dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo. Los objetivos específicos son los siguientes: Describir las características sociodemográficas, antecedentes personales, medicamento de consumo habitual, dispepsia y polifarmacia de los adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo. Determinar la asociación entre dispepsia y características sociodemográficas, antecedentes personales, medicamento de consumo habitual y polifarmacia en ancianos atendidos en el hospital de Trujillo. Determinar la influencia de variables sociodemográficas y antecedentes personales en la relación entre dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo.

La hipótesis planteada para este estudio es la siguiente: Existe una relación entre la dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo. Y su hipótesis nula es: No existe una relación entre la dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo.

## II. MARCO TEÓRICO

Castro-Sosa B. en su trabajo publicado en el año 2022. En su investigación, el objetivo fue establecer la relación entre polifarmacia y síntomas de dispepsia en pacientes adultos mayores del Hospital II Carlos Humberto Vivanco Mauricio-Talara durante los años 2021-2022. Se hizo un estudio de tipo observacional, transversal y analítico, que incluyó a 153 adultos mayores de 65 años o más. Se obtuvieron datos mediante un instrumento de captura que abordó variables sociodemográficas, encuestas sobre la polifarmacia y los criterios de diagnóstico conforme a Roma IV para la dispepsia funcional. Los resultados exhibieron una conexión estadísticamente significativa entre la polifarmacia y los síntomas dispépticos en adultos mayores, indicando una prevalencia del 62.09% en polifarmacia y un 66.01% en la presencia de dispepsia funcional. Los medicamentos más frecuentes utilizados fueron los antihipertensivos, hipolipemiantes e hipoglicemiantes. Además, se identificaron condiciones clínicas comunes como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades neurológicas en los adultos mayores. En conclusión, este estudio reveló una significativa asociación entre la polifarmacia y los síntomas de dispepsia en pacientes adultos mayores atendidos en el Hospital II Carlos H. Vivanco Mauricio de Talara<sup>10</sup>.

En el año 2022, Chuqui-Illescas M. en su investigación caracterizó las interacciones medicamentosas de tipo farmacocinético en la población anciana, considerando la relación beneficio-riesgo en función de variables como sexo, edad, enfermedades predisponentes y nivel educativo. Utilizando una metodología documental bibliográfica, se recopiló información de diversas bases de datos sobre interacciones farmacocinéticas. Los resultados resaltaron que el mal uso de fármacos, especialmente antiinflamatorios no esteroideos (AINES), podría provocar complicaciones cardíacas, hepáticas y renales, con mayor incidencia en pacientes con hipertensión arterial, baja escolaridad y mujeres. La conclusión principal enfatizó la necesidad de un control multidisciplinario de las interacciones, especialmente en pacientes vulnerables, dada la creciente incidencia de polifarmacia. La implementación de sistemas adecuados de

prevención es esencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos económicos del sistema sanitario<sup>18</sup>.

Gutiérrez-Valencia M. et al, ejecutaron una investigación de diseño transversal con el objetivo de medir la prevalencia de personas que consumen más de 3 medicamentos crónicamente en adultos mayores. Se procedió a calcular la frecuencia de polifarmacia (definida como la administración concurrente de  $\geq 5$  fármacos) e hiperpolifarmacia (caracterizada por el consumo simultáneo de  $\geq 10$  agentes farmacológicos). Para investigar la correlación con varios factores, se aplicó un análisis de regresión logística multivariante, y se incorporó un examen de sensibilidad para abordar la influencia de la politerapia (la utilización concurrente de múltiples terapias medicamentosas). Los resultados obtenidos revelaron una incidencia de polifarmacia del 27,3%, junto con una ínfima prevalencia de hiperpolifarmacia, específicamente del 0,9%, aunque se insinúa la posibilidad de una subestimación. Entre los factores correlacionados se identificaron el número de afecciones crónicas, el nivel de dependencia en las actividades cotidianas, la percepción subjetiva del estado de salud y las interacciones con el sistema sanitario. La conclusión subrayó el persistente incremento y el probable subregistro de la polifarmacia en la población de adultos mayores atendidos en el ámbito de la atención primaria, enfatizando la influencia de variables como la funcionalidad y los síndromes geriátricos en los patrones de consumo y prescripción de medicamentos en este segmento demográfico.<sup>19</sup>.

En 2020, Thorell K et al llevaron a cabo un estudio cuyo propósito fue analizar la prevalencia de medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) en adultos mayores y su relación con variables como edad, género, número de enfermedades crónicas y polifarmacia, a lo largo del tiempo. Se efectuó un cross-sectional study basado en registros con dos cohortes de individuos mayores de 75 años inscritos en un centro de atención primaria en Blekinge en 2011 (cohorte 1, 15,361 individuos) o 2013 (cohorte 2, 15,945 individuos). Se compararon las dos cohortes en edad, género, número de enfermedades crónicas y polifarmacia (definida como el uso de cinco o más medicamentos simultáneamente) mediante pruebas chi<sup>2</sup>. Los resultados evidenciaron una disminución en el uso de PIM del

10.60% al 7.04% (valor  $p < 0.001$ ) entre 2011 y 2013, mientras que la prevalencia de cinco a siete enfermedades crónicas aumentó del 20.55% al 23.66% (valor  $p < 0.001$ ). El uso de PIM disminuyó en todos los estratos, excepto en el grupo de edad de 80 a 84 años y en los hombres, donde aumentó. La prevalencia de polifarmacia se mantuvo estable en todos los estratos. En conclusión, el estudio demostró la posibilidad de reducir la polifarmacia mediante un enfoque específico<sup>20</sup>.

Zhao A et al llevaron a cabo la investigación cuyo objetivo fue evaluar los malestares gastrointestinales en adultos mayores urbanos chinos y los factores asociados. Utilizaron la escala de calificación de síntomas gastrointestinales (GSRS) para identificar malestares en 688 adultos mayores de ocho ciudades chinas. Emplearon un cuestionario semicuantitativo de frecuencia alimentaria y un recordatorio dietético de 24 horas para evaluar la ingesta de alimentos, identificar patrones dietéticos y calcular la ingesta de nutrientes. Los resultados revelaron que alrededor del 83% de los adultos mayores estudiados experimentaron al menos un malestar gastrointestinal en los últimos 6 meses, siendo la dispepsia la más común (66.7%). El género femenino, menor nivel educativo y menor ingreso familiar se asociaron con una mayor puntuación en GSRS. Las enfermedades crónicas también se vincularon positivamente con algunos malestares gastrointestinales. Se identificaron tres patrones dietéticos, aunque no se encontraron asociaciones con la puntuación en GSRS. Sin embargo, se observó que aquellos con una puntuación más alta en GSRS tenían una ingesta significativamente menor de productos de soya. En resumen, los malestares gastrointestinales son comunes en adultos mayores urbanos chinos, y podrían estar vinculados con las elecciones alimentarias<sup>21</sup>.

Huaman-Casa en su trabajo publicado en el año 2022. cuyo propósito primordial consistió en establecer la correlación existente entre la polifarmacia y las eventuales reacciones adversas a medicamentos en la población geriátrica bajo cuidado en la farmacia denominada María Auxiliadora. Ejecutó un enfoque no experimental, implementando una metodología de encuesta como vehículo para la recopilación sistemática de información. La muestra consistió en 121

pacientes geriátricos de dicha botica. Los resultados extraídos a través del análisis estadístico evidenciaron una asociación discernible entre la polifarmacia y las reacciones secundarias en esta cohorte etaria, donde una proporción sustancial de los participantes manifestó la ocurrencia de efectos secundarios tales como vértigos, náuseas, cefaleas y somnolencia tras la administración de sus respectivos fármacos.<sup>22</sup>

Flores-Pocomucha, en su trabajo, el objetivo de investigación fue determinar las características de la polifarmacia y las reacciones adversas en pacientes adultos mayores que acuden al establecimiento farmacéutico "Farmacia Socorro". El estudio se llevó a cabo mediante un diseño no experimental, descriptivo y transversal, utilizando una encuesta como método de recolección de datos. La muestra consistió en 190 pacientes de la tercera edad. Los resultados revelaron que el 69% de los pacientes estaban polimedcados, consumiendo de 3 a 4 medicamentos simultáneamente. Se identificaron varias reacciones adversas asociadas al consumo de los medicamentos, como presión baja, hipoglucemia, diarrea, nerviosismo, sueño excesivo, diarrea y vómitos, hinchazón en la lengua y cara, entre otras. En conclusión, se encontró una relación entre la polifarmacia y las reacciones adversas en este grupo de pacientes, especialmente cuando consumían de 3 a 4 medicamentos al mismo tiempo<sup>23</sup>.

En el trabajo de Trejo-Rosales el objetivo fue comprobar la frecuencia de las Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos (SRAM) asociadas al uso de psicofármacos en pacientes con polifarmacia en un Instituto Nacional de Salud Pública en México. El estudio se llevó a cabo utilizando una perspectiva histórica en forma de estudio de cohorte. Se enfocó en los aspectos sociosanitarios, políticos y legales de la práctica profesional del Químico Farmacobiólogo, y se centró en la efectividad y seguridad de los medicamentos en estudios poblacionales. Se destacó la estrecha relación entre el uso de psicofármacos y la polifarmacia con la incidencia de SRAM. Se resaltó la importancia de brindar orientación a los usuarios y sus familiares sobre los medicamentos, sus efectos y la forma adecuada de utilizarlos, especialmente en el contexto de la salud mental. En conclusión, este estudio proporcionó

información relevante sobre la frecuencia de SRAM asociadas a psicofármacos en pacientes con polifarmacia, destacando la necesidad de una atención especializada y una gestión adecuada de los medicamentos en este grupo de pacientes<sup>24</sup>.

Pineda-Loli buscó discernir la vinculación entre las reacciones adversas a medicamentos (RAM) y la polifarmacia en individuos hospitalizados en su trabajo. La metodología adoptada fue de carácter descriptivo, transversal, correlacional y retrospectivo, haciendo uso del análisis documental y una ficha de recolección de datos. Los hallazgos exhibieron una conexión altamente significativa entre las RAM y la polifarmacia, manifestada a través de la cantidad de RAM, los órganos y sistemas más impactados, las categorías terapéuticas y las modalidades de RAM. El sistema gastrointestinal emergió como el más afectado por las RAM, seguido por la piel y sus anexos. Asimismo, se identificó una prevalencia considerable de polifarmacia en la población estudiada.<sup>25</sup>

Chris-Olaiya A. en su trabajo, examinó la prevalencia de la polifarmacia y el uso de medicamentos recetados en una consulta ambulatoria de gastroenterología. Se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional en 988 pacientes derivados a una práctica de gastroenterología terciaria. Los resultados mostraron que el 80% de los pacientes tomaban al menos un medicamento y el 60% tomaban dos o más. La frecuencia de polifarmacia fue del 10%, siendo los antagónico BP (43%), benzodiazepinas (30%), bloqueador selectivos de la recaptación de serotonina o noradrenalina (28%), antiinflamatorios no esteroideos (27%) y opioides (21%) las clases de medicamentos más utilizadas. En conclusión, se observó un mayor uso de medicamentos recetados, incluidos los antidepresivos, y una menor frecuencia de polifarmacia en la cohorte de estudio en comparación con la población general, lo cual puede haber contribuido a los síntomas que llevaron a la consulta de gastroenterología en esta población<sup>26</sup>.

Vicenzo-Lenti M, en su trabajo, definió el impacto de las hemorragias gastrointestinales (GIB) en pacientes de edad avanzada. Se incluyeron 3872 pacientes de edad avanzada con multimorbilidad admitidos en servicios de

medicina interna en Italia, y se evaluaron diagnósticos de GIB, duración de la estancia hospitalaria, tasa de mortalidad y posibles factores de riesgo, incluyendo medicamentos, índice de comorbilidad (Escala de Evaluación de Enfermedades Acumulativas [CIRS]), polifarmacia y enfermedades crónicas. Se encontró que un alto índice de comorbilidad se asociaba con mayores probabilidades de GIB en pacientes de edad avanzada, y se destacó la necesidad de evaluar el uso de agentes antiplaquetarios no AAS en pacientes con multimorbilidad<sup>27</sup>.

Wang J realizó en su trabajo, determinó la prevalencia y características específicas del paciente asociadas con la polifarmacia en una población de colitis ulcerosa (UC) y evaluar el impacto de la polifarmacia en los resultados de la enfermedad. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con UC que acudieron a una clínica ambulatoria de un centro médico terciario entre 2006 y 2011. Se encontró que la polifarmacia era común en esta población, con un 29.8% de los pacientes presentando polifarmacia mayor y un 40.9% presentando polifarmacia menor. La polifarmacia mayor se asoció significativamente con un mayor riesgo de brote de la enfermedad, mientras que no se encontró asociación con la escalada de la terapia, hospitalización o cirugía. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar la polifarmacia como un factor de riesgo en el manejo de la colitis ulcerosa en adultos<sup>28</sup>.

Dispepsia: Un síndrome clínico caracterizado por dolencia o fastidio en la parte alta del abdomen, acompañado de síntomas como abdomen timpánico, meteorismo, saciedad precoz y ardor epigástrico, sin evidencia de enfermedad orgánica subyacente que explique los síntomas<sup>29</sup>.

Polifarmacia: La prescripción y consumo concurrente de múltiples medicamentos (generalmente más de cinco) por un paciente, con el riesgo potencial de interacciones medicamentosas y efectos adversos<sup>6</sup>.

Interacciones Medicamentosas: Modificaciones en los efectos de un fármaco debido a la presencia de otro medicamento, que puede potenciar, inhibir o modificar su actividad farmacológica<sup>11</sup>.

Efectos Adversos: Reacciones nocivas o indeseables que resultan del uso de un medicamento o tratamiento médico<sup>11</sup>.

Comorbilidad: La presencia de dos o más condiciones médicas o enfermedades diferentes en un individuo al mismo tiempo, que pueden influirse mutuamente en su evolución clínica y pronóstico<sup>30</sup>.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación:

**Tipo de investigación:** Se realizará un estudio observacional, analítico, prospectivo. Enfoque cuantitativo.

**Diseño de investigación:** Se realizará un estudio con diseño transversal analítico.

#### 3.2. Variables y operacionalización de variables:

##### Variables:

Variable Independiente: Polifarmacia

Variable Dependiente: Dispepsia funcional

Covariables: Características Sociodemográficas (Edad, sexo), comorbilidades, hábitos alimenticios, dependencia alcohólica, dependencia tabáquica, Tipo de medicamento: Anticolinérgicos, antitrombóticos, antiinfecciosos, cardiovasculares, sistema nervioso central, medicina endocrina, medicina gastrointestinal y manejo del dolor.

##### Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO Y ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
<b>DISPEPSIA FUNCIONAL</b>	Categórica nominal. Dicotómica	Presencia de criterios ROMA IV durante los últimos tres meses, con un inicio de al menos seis meses antes.	<input type="checkbox"/> Presencia <input type="checkbox"/> Ausencia
<b>POLIFARMACIA</b>	Categórica nominal. Dicotómica	Utilización de cinco o más medicamentos por día por parte de un paciente.	<input type="checkbox"/> Presencia <input type="checkbox"/> Ausencia
<b>EDAD</b>	Cuantitativa continua. Medida en años.	Años cumplidos, basado en la fecha de nacimiento proporcionada por el paciente o registrada en su historial médico.	_____ años cumplidos
<b>SEXO</b>	Categórica nominal.	Autoidentificación del paciente como hombre o mujer.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino

	Dicotómica		
<b>COMORBILIDADES</b>	Categoría nominal. Politémica.	Enfermedades crónicas presentes además de la dispepsia.	<input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> DISLIPIDEMIAS <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/> ERC <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> CÁNCER <input type="checkbox"/> OTROS: _____
<b>DEPENDENCIA ALCOHÓLICA</b>	Categoría ordinal. Politémica.	Se medirá utilizando la prueba AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), un cuestionario estandarizado para identificar el uso problemático de alcohol.	<input type="checkbox"/> CONSUMO DE RIESGO <input type="checkbox"/> CONSUMO PEJUDICIAL <input type="checkbox"/> DEPENDENCIA
<b>DEPENDENCIA TABÁQUICA</b>	Categoría ordinal. Politémica.	Se medirá mediante el cuestionario de Fagerström, que evalúa la dependencia de la nicotina .	<input type="checkbox"/> FUMADOR OCASIONAL <input type="checkbox"/> FUMADOR MODERADO <input type="checkbox"/> FUMADOR FUERTE
<b>TIPO DE MEDICAMENTO</b>	Categoría ordinal. Politémica .	Se identificará a través de la revisión de los registros médicos de los pacientes y se registrarán todos los medicamentos que están tomando los participantes.	<input type="checkbox"/> ANTICOLINÉRGICOS <input type="checkbox"/> ANTITROMBÓTICOS <input type="checkbox"/> ANTIINFECCIOSOS <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULARES <input type="checkbox"/> MEDICINA ENDOCRINA <input type="checkbox"/> MEDICINA GASTROINTESTINAL <input type="checkbox"/> MANEJO DEL DOLOR

### **3.3. Población, muestra y muestreo:**

#### **Población**

La población foco estuvo compuesta por adultos mayores, de 60 a más años de edad, que participantes del programa de adulto mayor “Dios, amor y vida” del Hospital Distrital Jerusalén, ubicado en el distrito de La Esperanza, Trujillo.

#### **Muestra**

Al tener una población finita de aproximadamente 150 adultos mayores, se realizará muestreo censal.

#### **Muestreo**

La selección de la muestra se determinará mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia. Incluyéndose a todos los sujetos que cumplieran los criterios de inclusión y exclusión hasta completar el mínimo muestral.

#### **Criterios de selección para casos**

##### **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores de sexo masculino y femenino de 60 años a más.
- Adultos mayores o familiares de estos que brindaron consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos en los pacientes.
- Adultos mayores con enfermedades crónicas que llevan tratamiento regular.

##### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores con dificultad para comunicarse por problemas auditivos (hipoacusia severa), enfermedades mentales (demencia avanzada) o deterioro del lenguaje (afasia o disartria)

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

#### **Técnica de recolección de datos:**

Se realizará mediante la técnica de entrevista directa con un cuestionario heteroaplicado; después de cada sesión (6 sesiones) de un taller de autocuidado que se realizará para el grupo del adulto mayor (siendo el tiempo de aplicación del cuestionario entre 10 a 15 minutos).

### **Instrumentos**

Se diseñará una ficha de recolección de datos dividida en 4 secciones. La primera sección brindará información sobre el tema, los objetivos y el consentimiento informado firmado por el sujeto de estudio, la segunda sección contará con las características sociodemográficas y evaluación de comorbilidades. La tercera sección recogerá datos sobre dispepsia funcional y polifarmacia. La cuarta sección sobre consumo de alcohol y tabaco.

Para la identificación de la dispepsia funcional se usará los criterios ROMA IV<sup>31</sup>. Este instrumento mide la presencia de síntomas gastrointestinales específicos, evaluando parámetros como dolor o malestar en la parte superior del abdomen, sensación de plenitud temprana y saciedad excesiva después de las comidas que han estado presentes durante al menos los últimos tres meses, con un inicio de al menos seis meses antes del diagnóstico.

El Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) se utilizará para evaluar la dependencia alcohólica en este estudio. Este cuestionario mide el consumo de alcohol, evaluando la frecuencia y cantidad del consumo, así como la presencia de problemas relacionados con el alcohol. Los parámetros evaluados incluyen la cantidad de bebidas consumidas en un día típico, la frecuencia de consumo excesivo de alcohol, y la presencia de problemas de salud o sociales relacionados con el consumo de alcohol. El AUDIT tiene una sensibilidad y especificidad, alrededor del 57-59% y 91-96% respectivamente, para la identificación de trastornos por consumo de alcohol<sup>32</sup>.

El cuestionario de Fagerström será utilizado para evaluar la dependencia tabáquica.

Este cuestionario mide la dependencia a la nicotina, evaluando parámetros como el tiempo transcurrido entre despertarse y fumar el primer cigarrillo del día, la dificultad para abstenerse de fumar en lugares prohibidos, y el número de cigarrillos fumados al día. El cuestionario de Fagerström es ampliamente utilizado en la investigación y en la práctica clínica, y ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad (85,3% y 95,3%) para identificar la dependencia a la nicotina<sup>33</sup>.

### **Procedimientos:**

El estudio se llevará a cabo en el Hospital Jerusalén en La Esperanza, Trujillo. Inicialmente, se solicitarán los permisos pertinentes para realizar el estudio al Comité Institucional de Ética e Investigación (CIEI) de la Universidad César Vallejo de Trujillo y al Hospital Jerusalén.

Una vez obtenidos los permisos, se procederá a la selección de los participantes. Se seleccionarán a 150 adultos mayores que estén recibiendo atención en el hospital y participen del grupo “Dios Amor y Vida”. La selección se realizará mediante un muestreo aleatorio simple de la población de adultos mayores que acuden al hospital durante el período de estudio.

Se buscará a los adultos mayores después de 3 talleres programados para el grupo “Dios Amor y Vida”. A los participantes seleccionados se les informará sobre los propósitos y procedimientos del estudio. A aquellos que accedan a participar se les pedirá que den su consentimiento informado por escrito. Se garantizará la confidencialidad y privacidad de los participantes en todo momento.

Posteriormente, se procederá a la recopilación de datos. Se realizarán entrevistas a los participantes para recoger datos sobre las variables del estudio.

Se llevará a cabo un análisis de los datos recopilados utilizando el software estadístico STATA. El análisis incluirá pruebas descriptivas y analíticas para identificar las relaciones entre la dispepsia funcional y la polifarmacia, controlando por las covariables identificadas.

Finalmente, se redactará un informe final con los resultados del estudio, que será sometido a revisión y aprobación por parte del CIEI para su sustentación y publicación.

### **3.5. Métodos de análisis de datos:**

Para nuestra investigación se trasladará la información de las fichas de recolección de datos y cuestionarios a una base de datos de Microsoft office Excel 2017, luego de verificación de calidad y limpieza de base de datos se trasladará al software estadístico SPSS.

Primero, se realizará un análisis descriptivo de los datos. Para las variables categóricas, se presentarán las frecuencias y porcentajes para dar una descripción clara y detallada de estas variables en nuestra muestra. Se graficarán mediante barras y gráficos circular. En el caso de las variables cuantitativas, primero se verificará si cumplen con distribución normal para lo cual se realizará la prueba K-S, a fin de aplicar pruebas paramétricas o sus equivalentes no paramétricos, se agruparán mediante medidas de tendencia central (media o mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar o rango intercuartilico).

En un segundo paso, se implementará un análisis bivariado. Este análisis examinará la relación entre nuestra variable dependiente, que es la dispepsia, y la variable independiente, junto con las variables intervinientes. Las pruebas estadísticas utilizadas para este análisis serán seleccionadas según la naturaleza de las variables. La prueba de Chi-cuadrado será empleada para las variables categóricas y la prueba t de Student para las variables cuantitativas, según sea apropiado. Para el análisis multivariado

se utilizará modelos lineales generalizados (GLM) a fin de determinar la razón de prevalencia de cada factor relacionado.

Finalmente, al interpretar los resultados, consideraremos que hay una asociación significativa entre las variables si se obtiene un valor p menor a 0.05.

### **3.6. Aspectos éticos:**

Para este estudio, se obtendrá un consentimiento informado escrito de todos aquellos que accedan a participar en la investigación. Este consentimiento garantizará que los participantes comprendan y acepten de manera voluntaria su inclusión en el estudio, respetando el principio de autonomía. Durante todo el estudio, se cumplirán los cuatro principios bioéticos de investigación en seres humanos, incluyendo autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

El proyecto se realizará con la autorización del comité institucional de ética e investigación (CIEI) de la Universidad César Vallejo de Trujillo y del hospital distrital Jerusalén, La Esperanza, Trujillo, y se espera la aprobación del comité de ética en investigación de dichas instituciones. Este proceso de aprobación garantiza que el estudio se adhiere a las normas éticas, incluyendo las establecidas en la Declaración de Helsinki, que orientan la investigación médica en seres humanos. Se brindará la información necesaria y se absolverán las dudas correspondientes a las personas que deseen participar en nuestra investigación y se procederá a la firma del consentimiento informado.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad y privacidad de los datos obtenidos. Todos los datos se codificarán para preservar sus datos personales, y solo la investigadora tendrá acceso a la codificación. Esta medida es fundamental para proteger la salud, la dignidad y el decoro de cada paciente, conforme a los principios éticos para la investigación médica.

Finalmente, los resultados obtenidos en la investigación se harán públicos, demostrando la integridad y exactitud de los mismos. En todo momento, se hará hincapié en la importancia de la honestidad en la comunicación de los hallazgos, evitando cualquier distorsión o exageración.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla 1: Características sociodemográficas, antecedentes personales, medicamento de consumo habitual, dispepsia y polifarmacia de los adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo**

Variables	N=134 (%)
Edad	71.7 ( $\pm$ 5.91)*
Sexo	
Masculino	55 (41%)
Femenino	79 (59%)
Antecedentes personales	
Hipertensión arterial	49 (36.5%)
Diabetes Mellitus	41 (30.6%)
Dislipidemia	29 (21.6%)
Obesidad	36 (26.8%)
ERC**	16 (11.9%)
EPOC***	43 (32%)
Alcoholismo	51 (38%)
Tabaquismo	24 (17.9%)
Medicamentos	
Cardiovasculares	49 (36.5%)
Gastrointestinal	88 (65.6%)
Antitrombóticos	45 (33.8%)
Anticolinérgicos	41 (30.6%)
Endocrinológicos	41 (30.6%)
Antiinfecciosos	38 (28.3%)
Manejo del dolor	32 (23.8%)
Dispepsia	57 (42.5%)
Polifarmacia	82 (61.1%)

\*Media ( $\pm$  Desviación estándar); \*\*ERC: Enfermedad Renal Crónica;

\*\*\*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Se incluyó un total de 134 participantes en el estudio. En la Tabla 1 se detallan las frecuencias y porcentajes correspondientes a las variables analizadas. La edad promedio de los adultos mayores contemplados fue de 71.7 años, con una desviación estándar de 5.91. La distribución por género reveló que el sexo femenino fue el más predominante, representando el 59%.

En lo que respecta a los antecedentes personales, se identificó la presencia de hipertensión arterial en el 36.5%, diabetes mellitus en el 30.6%, dislipidemia en el 21.6%, obesidad en el 26.8%, enfermedad renal crónica (ERC) en el 11.9%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el 32%, alcoholismo en el 38%, y tabaquismo en el 17.9%.

En cuanto a los medicamentos más frecuentemente utilizados, se observó que los gastrointestinales lideraron con un 65.6%, seguidos por los cardiovasculares con un 36.5%, antitrombóticos con un 33.8%, anticolinérgicos con un 30.6%, endocrinológicos con un 30.6%, antiinfecciosos con un 28.3%, y analgésicos con un 23.8%.

Se detectó una prevalencia del 57.4% para la dispepsia y una prevalencia del 61.1% para la polifarmacia en la muestra estudiada.

**Tabla 2: Asociación entre dispepsia y características sociodemográficas, antecedentes personales, medicamento de consumo habitual y polifarmacia en adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo**

Variables	Con Dispepsia N=57 (%)	Sin Dispepsia N= 77 (%)	Valor p
Edad	69.4 (±3.2)*	73.4 (±6.8)*	<0.001
Sexo			
Masculino	41 (71.9%)	14(18.2%)	<0.001
Femenino	16(28,1%)	63(81.8%)	
Antecedentes personales			
Hipertensión arterial	31(54.5%)	18(23.4%)	<0.001
Diabetes Mellitus	25(43.9%)	16(20.8%)	0.004
Dislipidemia	16(28.1%)	13(16.9%)	0.12
Obesidad	14(24.6%)	22(28.6%)	0.605
ERC**	5(8.8%)	11(14.3%)	0.330
EPOC***	10(17.5%)	33(42.9%)	0.002
Alcoholismo	30(52.6%)	21(27.3%)	0.003
Tabaquismo	13(22.8%)	11(14.3%)	0.203
Medicamentos			
Cardiovasculares	31(54.4%)	18(23.4%)	<0.001
Gastrointestinal	21(36.8%)	67(87%)	<0.001
Antitrombóticos	37(64.9%)	8(10.4%)	<0.001
Anticolinérgicos	16(28.1%)	25(32.5%)	0.585
Endocrinológicos	26(45.6%)	15(19.5%)	0.001
Antiinfecciosos	35(61.4%)	3(3.9%)	<0.001
Manejo del dolor	28(49.1%)	4(5.2%)	<0.001
Polifarmacia	47(82.5%)	35(45.5%)	<0.001

\*Media (± Desviación estándar); \*\*ERC: Enfermedad Renal Crónica;

\*\*\*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La edad promedio de los individuos con dispepsia fue significativamente menor en comparación con aquellos sin la condición ( $69.4 \pm 3.2$  años versus  $73.4 \pm 6.8$  años, respectivamente;  $p < 0.001$ ).

En relación al género, se observó una distribución dispar entre los grupos. En el grupo con dispepsia, el 71.9% eran hombres, mientras que en el grupo sin dispepsia, predominó el sexo femenino con un 81.8% ( $p < 0.001$ ).

En cuanto a los antecedentes personales, se evidenciaron diferencias significativas entre los grupos. La presencia de hipertensión arterial fue notablemente más frecuente en el grupo con dispepsia (54.5% versus 23.4%;  $p < 0.001$ ), al igual que la diabetes mellitus (43.9% versus 20.8%;  $p = 0.004$ ) y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (17.5% versus 42.9%;  $p = 0.002$ ).

En el análisis de los medicamentos utilizados, se identificaron patrones distintivos. Los participantes con dispepsia mostraron un mayor uso de cardiovasculares (54.4% versus 23.4%;  $p < 0.001$ ), gastrointestinales (36.8% versus 87%;  $p < 0.001$ ), antitrombóticos (64.9% versus 10.4%;  $p < 0.001$ ), endocrinológicos (45.6% versus 19.5%;  $p = 0.001$ ), antiinfecciosos (61.4% versus 3.9%;  $p < 0.001$ ), y medicamentos para el manejo del dolor (49.1% versus 5.2%;  $p < 0.001$ ).

La prevalencia de polifarmacia fue significativamente mayor en el grupo con dispepsia (82.5% versus 45.5%;  $p < 0.001$ ), sugiriendo una asociación entre la presencia de dispepsia y el uso simultáneo de múltiples medicamentos.

**Tabla 3: Influencia de variables sociodemográficas y antecedentes personales en la relación entre dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo**

Variables	RPc* (IC95%)	Valor p	RPa** (IC95%)	Valor p
Edad	0.91 (0.877-0.949)	<0.001	0.94 (0.903-0.986)	0.010
Femenino	0.27 (0.170-0.432)	<0.001	0.45 (0.289-0.699)	<0.001
Hipertensión arterial	2.06 (1.405-3.043)	<0.001	1.19 (0.844-1.698)	0.312
Diabetes Mellitus	1.77 (1.219-2.575)	0.003	1.26 (0.836-1.901)	0.267
Dislipidemia	1.42 (0.940-2.123)	0.096	1.52 (0.998-2.323)	0.051
Obesidad	0.88 (0.554-1.415)	0.614	0.62 (0.416-0.945)	0.945
ERC***	0.7 (0.332-1.512)	0.374	0.79 (0.427-1.459)	0.452
EPOC****	0.45 (0.252-0.804)	0.007	0.45 (0.253-0.822)	0.009
Alcoholismo	1.8 (1.227-2.663)	0.003	1.48 (1.068-2.052)	0.019
Tabaquismo	1.35 (0.876-2.092)	0.172	1.86 (1.001-3.456)	0.049
Polifarmacia	2.98 (1.652-5.375)	<0.001	1.85 (1.118-3.084)	0.017

\*RPc: Razón de prevalencia cruda; RPa: Razón de prevalencia ajustada por las mismas variables  
; \*\*\*ERC: Enfermedad Renal Crónica; \*\*\*\*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

La tabla 3 muestra el análisis de asociación entre la presencia de dispepsia y diversas variables, empleando Razones de Prevalencia crudas (RPc) y ajustadas (RPa) para evaluar la magnitud de dicha asociación, con sus correspondientes intervalos de confianza del 95% (IC95%) y valores p asociados. Para la edad se encontró un RPc 0.91 (IC95% 0.877-0.949),  $p < 0.001$ ; RPa 0.94 (IC95% 0.903-0.986),  $p = 0.010$ . Para el género Femenino: RPc 0.27 (IC95% 0.170-0.432),  $p < 0.001$ ; RPa 0.45 (IC95% 0.289-0.699),  $p < 0.001$ . Hipertensión Arterial: RPc 2.06 (IC95% 1.405-3.043),  $p < 0.001$ ; RPa 1.19 (IC95% 0.844-1.698),  $p = 0.312$ . Diabetes Mellitus: RPc 1.77 (IC95% 1.219-2.575),  $p = 0.003$ ; RPa 1.26 (IC95% 0.836-1.901),  $p = 0.267$ . Dislipidemia: RPc 1.42 (IC95% 0.940-2.123),  $p = 0.096$ ; RPa 1.52 (IC95% 0.998-2.323),  $p = 0.051$ . Obesidad: RPc 0.88 (IC95% 0.554-1.415),  $p = 0.614$ ; RPa 0.62 (IC95% 0.416-0.945),  $p = 0.945$ . Enfermedad Renal Crónica (ERC): RPc 0.7 (IC95% 0.332-1.512),  $p = 0.374$ ; RPa 0.79 (IC95% 0.427-1.459),  $p = 0.452$ . Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC): RPc 0.45 (IC95% 0.252-0.804),  $p = 0.007$ ; RPa 0.45 (IC95% 0.253-0.822),  $p = 0.009$ . Alcoholismo: RPc 1.8 (IC95% 1.227-2.663),  $p = 0.003$ ; RPa 1.48 (IC95% 1.068-

2.052),  $p = 0.019$ . Tabaquismo: RPc 1.35 (IC95% 0.876-2.092),  $p = 0.172$ ; RPa 1.86 (IC95% 1.001-3.456),  $p = 0.049$ . Polifarmacia: RPc 2.98 (IC95% 1.652-5.375),  $p < 0.001$ ; RPa 1.85 (IC95% 1.118-3.084),  $p = 0.017$ .

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio, se enfocó en demostrar en la relación entre dispepsia funcional y polifarmacia en adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo. La población estudiada exhibe una edad promedio de 71.7 años, destacándose la heterogeneidad en este grupo de adultos mayores. Se observa una prevalencia de dispepsia del 57.4%, indicando una alta incidencia de esta condición en el entorno hospitalario. La polifarmacia está presente en el 61.1% de los participantes, subrayando la complejidad en el manejo terapéutico de estos pacientes. Estos resultados encuentran respaldo en estudios previos; por ejemplo, Escudero Silva (2019) evidenció en la Clínica San Pablo de Trujillo una alta prevalencia de gastritis, conectando indirectamente con nuestra observación de dispepsia<sup>34</sup>. Además, el estudio de Martínez Arévalo (2020) resalta la asociación entre la edad y dispepsia orgánica, respaldando así nuestros hallazgos sobre la prevalencia de dispepsia en adultos mayores.<sup>35</sup> El estudio de Cortez Copia (2023) refuerza la preocupación por la polifarmacia en adultos mayores, enfatizando las implicancias negativas para la salud, corroborando nuestra observación sobre la complejidad en el manejo terapéutico de la población estudiada<sup>36</sup>. En conjunto, estos estudios proporcionan un contexto valioso para entender y abordar la salud de los adultos mayores, respaldando nuestros hallazgos.

La interrelación entre la dispepsia y condiciones médicas crónicas como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) resalta la conexión entre la salud gastrointestinal y otras patologías. El uso diferencial de medicamentos, especialmente cardiovasculares y gastrointestinales, en el grupo con dispepsia refuerza la complejidad de la gestión terapéutica en presencia de síntomas digestivos. Estudios anteriores respaldan estas observaciones; por ejemplo, el trabajo de Narayanan et al. (2021) revela diferencias de género en la prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales. Las mujeres exhiben un mayor riesgo de desarrollar síndrome de intestino irritable postinfeccioso y presentan una motilidad gastrointestinal más lenta que los hombres, especialmente en el vaciamiento gástrico y el tránsito colónico; esto puede expresar síntomas de

dispepsia.<sup>37</sup>

Además, Marathe et al. (2020) destaca las manifestaciones gastrointestinales comunes en la diabetes, sugiriendo una superposición de síntomas con la dispepsia. El tránsito esofágico y el vaciamiento gástrico es deficiente en diabetes, afectada por la hiperglucemia aguda que inhibe la motilidad esofágica. Se postula que la dismotilidad esofágica se relaciona con una reducción de la actividad colinérgica y la disfunción vagal parasimpática. La enfermedad por reflujo gastroesofágico es común en la diabetes, con tratamiento centrado en modificaciones de estilo de vida y medicamentos. En cuanto al vaciamiento gástrico, la gastroparesia diabética implica una reducción en las células de Cajal y alteraciones inmunológicas.<sup>38</sup> Por lo tanto la dispepsia podría ser reflejo de enfermedad de reflujo gastroesofágico y de otros síntomas gastrointestinales.

Li et al. (2018) en su estudio analizó la asociación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y la hipertensión en 86 pacientes con hipertensión. De los pacientes con hipertensión, el 44.2% tenía ERGE, pero solo 24 pacientes cumplían con los criterios de que al menos un episodio de presión arterial alta (PA) estaba relacionado en el tiempo con la aparición de reflujo. Se observó que, en 25 pacientes, los síntomas de ERGE aparecieron primero y la hipertensión surgió de 1 a 10 años después, mientras que en 13 pacientes, la hipertensión fue el primer síntoma y la ERGE apareció de 0.8 a 6 años después. La duración promedio de la ERGE fue de 8.2 años y la de la hipertensión fue de 6.4 años. Se encontró una correlación entre la frecuencia de episodios de PA alta y reflujo en un período de 24 horas, con un mayor número de episodios de PA alta en pacientes con ERGE en comparación con aquellos sin ERGE. Además, el tratamiento con omeprazol no solo mejoró los parámetros de pH esofágico, sino que también resultó en una reducción significativa de la PA, destacando la posible conexión entre la ERGE y la hipertensión. Sugiere una asociación entre la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la hipertensión, respaldando así nuestra observación sobre la relación entre dispepsia e hipertensión.<sup>39</sup> Asimismo, Chiu et al. (2022) señala la asociación entre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y trastornos gastrointestinales funcionales<sup>40</sup>. En su

estudio, basado en datos de la Base de Datos de Investigación del Seguro Nacional de Salud de Taiwán, examinó la asociación entre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los trastornos gastrointestinales funcionales (FGID). Se formó una cohorte de 4107 pacientes con EPOC entre 2000 y 2005, y se seleccionó aleatoriamente una cohorte de comparación de 12,321 pacientes sin EPOC, emparejados por edad y género. Ambas cohortes fueron seguidas durante 5 años para observar la ocurrencia de FGID. Los resultados mostraron que los pacientes con EPOC tenían un riesgo más alto de desarrollar FGID en comparación con los pacientes sin EPOC, con hazard ratios ajustados (aHR) significativamente mayores. En un análisis secundario, se observó un mayor riesgo para los tres subtipos de FGID: síndrome de intestino irritable, enfermedad por reflujo gastroesofágico y dispepsia funcional. La validez de las definiciones de EPOC utilizadas en el estudio fue confirmada mediante un estudio de validación independiente. Estos hallazgos respaldan la existencia de una asociación entre la EPOC y el desarrollo futuro de trastornos gastrointestinales funcionales.

Lonchamp et al. en su estudio estudio en adultos mayores con discapacidades intelectuales en un entorno hospitalario en Suiza encontró una alta prevalencia de polifarmacia y prescripciones potencialmente inapropiadas, subrayando la necesidad de pautas específicas para este grupo poblacional<sup>41</sup>.

La polifarmacia se relacionó significativamente con la presencia de dispepsia tanto en su forma cruda (RPc 2.98; IC95% 1.652-5.375;  $p < 0.001$ ) como ajustada (RPa 1.85; IC95% 1.118-3.084;  $p = 0.017$ ), indicando que el uso simultáneo de múltiples medicamentos aumenta la probabilidad de experimentar dispepsia. Este hallazgo encuentra respaldo en un estudio realizado en adultos mayores en un hospital del norte del Perú, que determinó una asociación estadísticamente significativa entre polifarmacia y síntomas de dispepsia (Castro Sosa, 2022). Los resultados revelaron que el 98.9% de los pacientes con polifarmacia presentaban síntomas de dispepsia, en comparación con el 60.3% de los pacientes sin polifarmacia que mostraban dichos síntomas. La asociación fue estadísticamente significativa ( $p < 0.001$ ), con un odds ratio (OR) de 61.77.

Esto indica que los pacientes tratados con polifarmacia eran 61.77 veces más propensos a tener síntomas de dispepsia en comparación con aquellos tratados sin polifarmacia. Además, el modelo de regresión logística confirmó que la polifarmacia fue la única variable que se asoció de manera muy significativa ( $p < 0.001$ ) con la presencia de dispepsia en adultos mayores, con un OR igual a 69.19.(10) Estos resultados fortalecen la evidencia de la relación entre polifarmacia y dispepsia, resaltando la importancia de considerar adecuadamente el uso de múltiples medicamentos en estos ancianos.

Otro estudio en pacientes ancianos en atención primaria reveló que la polifarmacia y la dispepsia estaban asociadas con prescripciones de medicamentos potencialmente inapropiados, destacando una prevalencia del 43.7% de uso de tales medicamentos y una asociación significativa entre la polifarmacia y las prescripciones inapropiadas (Vatcharavongvan et al., 2021).<sup>42</sup> En este estudio, que incluyó datos de 2806 pacientes con una edad promedio de 70.6 años, se observó que el 27.4% de los pacientes utilizaban cinco o más medicamentos simultáneamente, siendo la polifarmacia asociada con una edad avanzada y la presencia de diabetes tipo 2. Además, el 43.7% de los pacientes tenían una prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados, siendo los más comunes los anticolinérgicos, omeprazol y antiinflamatorios no esteroides (AINEs). La polifarmacia se identificó como un factor significativamente asociado con el uso de medicamentos potencialmente inapropiados, con un odds ratio ajustado de 2.48, mientras que la presencia de dispepsia también mostró una asociación significativa con el uso de estos medicamentos, con un odds ratio ajustado de 3.88.

Estos resultados consolidan la asociación entre polifarmacia y dispepsia, señalando la relevancia de evaluar y gestionar adecuadamente el uso de múltiples medicamentos en diversas poblaciones. Sin embargo, es crucial reconocer las limitaciones del estudio, como su diseño transversal, que impide establecer causalidad. Además, la muestra se limita a adultos mayores hospitalizados en Trujillo, lo que puede no ser representativo de la población

general. Futuras investigaciones deberían considerar un enfoque longitudinal y ampliar la muestra a diferentes entornos de atención.

## VI. CONCLUSIONES

1. En este estudio con 134 adultos mayores atendidos en el hospital de Trujillo, la edad promedio fue de 71.7 años ( $\pm 5.91$ ), con un 59% de mujeres y un 41% de hombres. Se identificaron diversas condiciones de salud, como hipertensión arterial (36.5%), diabetes mellitus (30.6%), y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (32%). La prevalencia de dispepsia fue del 57.4%, y el 61.1% de los participantes experimentó polifarmacia. En términos de medicamentos, destacaron los gastrointestinales (65.6%), seguidos por cardiovasculares (36.5%) y antitrombóticos (33.8%). Estos resultados ofrecen una visión concisa de las características demográficas y de salud de los adultos mayores atendidos en este contexto hospitalario.
2. Se encontró que la dispepsia funcional tenía asociación intrínseca con factores como la edad, el género, la presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), alcoholismo y polifarmacia en adultos mayores.
3. Las variables que influyen en la asociación entre dispepsia y polifarmacia que ejercen un impacto relevante en esta asociación son la edad (RPa 0.94; IC95% 0.903-0.986;  $p = 0.010$ ), género femenino (RPa 0.45; IC95% 0.289-0.699;  $p < 0.001$ ), enfermedades crónicas como diabetes mellitus y EPOC, así como el consumo simultáneo de múltiples medicamentos.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se sugiere implementar programas de atención integral que aborden de manera específica estas condiciones de salud. Estos programas podrían incluir estrategias de prevención, detección temprana y manejo adecuado, así como la impulso de adquirir estilos saludables de vida adaptados a las necesidades de esta población.

El staff completo de profesionales en salud, deben realizar revisiones periódicas de la medicación, priorizando la eliminación de medicamentos innecesarios o potencialmente inapropiados. Además, se sugiere una atención personalizada, teniendo en cuenta comorbilidades y edad, y sexo. La promoción de la comunicación abierta entre el paciente y el equipo médico es esencial para optimizar el manejo de la dispepsia y reducir la carga de la polifarmacia.

Los profesionales de la salud deben considerar estrategias específicas para reducir la polifarmacia en féminas y ancianos, adaptando las prescripciones a las necesidades individuales y asegurando una monitorización continua para evitar interacciones medicamentosas no deseadas.

## REFERENCIAS

1. Organization WH. Ageing. 2020. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1)
2. Dagli RJ, Sharma A. Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. Journal of international oral health : JIOH. 2014;6(6):i-ii. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295469/>
3. Halli-Tierney AD, Scarbrough C, Carroll D. Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. American family physician. 2019;100(1):32-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31259501/>
4. Delara M, Murray L, Jafari B, Bahji A, Goodarzi Z, Kirkham J, et al. Prevalence and factors associated with polypharmacy: a systematic review and meta-analysis. BMC geriatrics. 2022;22(1):601. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-03279-x>
5. Vrettos I, Voukelatou P, Katsoras A, Theotoka D, Kalliakmanis A. Diseases Linked to Polypharmacy in Elderly Patients. Current gerontology and geriatrics research. 2017;2017:4276047. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5757103/>
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial Def. Polifarmacia. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf)
7. Davies LE, Spiers G, Kingston A, Todd A, Adamson J, Hanratty B. Adverse Outcomes of Polypharmacy in Older People: Systematic Review of Reviews. Journal of the American Medical Directors Association. 2020;21(2):181-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31926797/>
8. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC geriatrics. 2017;17:1-10. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0621-2>
9. Moriarty F, Hardy C, Bennett K, Smith SM, Fahey T. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. BMJ open. 2015;5(9):e008656. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008656>

10. Castro Sosa BK. Asociación entre polifarmacia y síntomas de dispepsia en pacientes adultos mayores en un hospital del norte del Perú. 2022. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9628>
11. Quispe Melgar RÁ. Evaluación de las reacciones adversas en pacientes geriátricos con polifarmacia en el servicio de medicina del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa, Lima, julio a diciembre-2017. 2022. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/19047>
12. Quispe Valdez MJ. La Polifarmacia y Calidad de Vida en Salud (SF-36) del Personal en Situación de Retiro del Centro de Salud Militar de Tacna, 2018. 2019. Disponible en: <https://revistas.upt.edu.pe/ojs/index.php/vestsc/article/view/140>
13. Ford AC, Mahadeva S, Carbone MF, Lacy BE, Talley NJ. Functional dyspepsia. Lancet (London, England). 2020;396(10263):1689-702. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33049222/>
14. Aziz I, Palsson OS, Törnblom H, Sperber AD, Whitehead WE, Simrén M. Epidemiology, clinical characteristics, and associations for symptom-based Rome IV functional dyspepsia in adults in the USA, Canada, and the UK: a cross-sectional population-based study. The lancet Gastroenterology & hepatology. 2018;3(4):252-62. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29396034/>
15. Choi YJ, Kim N, Yoon H, Shin CM, Park YS, Kim JW, et al. Overlap between irritable bowel syndrome and functional dyspepsia including subtype analyses. Journal of gastroenterology and hepatology. 2017;32(9):1553-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28160607/>
16. Hreinsson JP, Törnblom H, Tack J, Drossman DA, Whitehead WE, Bangdiwala SI, et al. Factor Analysis of the Rome IV Criteria for Major Disorders of Gut-Brain Interaction (DGBI) Globally and Across Geographical, Sex, and Age Groups. Gastroenterology. 2023;164(7):1211-22. Disponible en: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(23\)00219-6/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(23)00219-6/fulltext)
17. Schmulson MJ, Drossman DA. What Is New in Rome IV. Journal of neurogastroenterology and motility. 2017;23(2):151-63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28274109/>
18. Chuqui Illescas MA. Interacciones farmacocinéticas más frecuentes en el adulto mayor asociado a la polifarmacia. 2022. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/handle/ucacue/11634>

19. Gutiérrez-Valencia M, Aldaz Herce P, Lacalle-Fabo E, Contreras Escámez B, Cedeno-Veloz B, Martínez-Velilla N. Prevalencia de polifarmacia y factores asociados en adultos mayores en España: datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017. *Medicina Clínica*. 2019;153(4):141-50. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775319300259>
20. Thorell K, Midlöv P, Fastbom J, Halling A. Use of potentially inappropriate medication and polypharmacy in older adults: a repeated cross-sectional study. *BMC geriatrics*. 2020;20(1):73. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7032002/>
21. Zhao A, Wang MC, Szeto IM, Meng LP, Wang Y, Li T, et al. Gastrointestinal discomforts and dietary intake in Chinese urban elders: A cross-sectional study in eight cities of China. *World journal of gastroenterology*. 2019;25(45):6681-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6906206/>
22. Huaman Casa JC, Montoro Clerque CL. Polifarmacia y efectos secundarios de medicamentos en pacientes geriátricos de la botica María Auxiliadora San Juan de Miraflores febrero 2022. 2022 Disponible en: <http://repositorio.unid.edu.pe/handle/unid/299>
23. Flores Pocomucha LY, Matamoros Gamarra YC. Polifarmacia y reacciones adversas en pacientes de la tercera edad que visita un establecimiento farmacéutico. 2023. Disponible en: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/1480>
24. Trejo Rosales A. Frecuencia de Sospechas de Reacciones Adversas de Medicamentos (SRAM) con psicofármacos en pacientes con polifarmacia. Disponible en: <https://repositorio.xoc.uam.mx/jspui/bitstream/123456789/26443/1/250096.pdf>
25. Pineda Loli SA. Reacciones adversas a medicamentos y polifarmacia en pacientes hospitalizados del Hospital Barranca Cajatambo en el periodo setiembre-diciembre del 2021. 2022. Disponible en: <https://repositorio.uoosevelt.edu.pe/handle/20.500.14140/968>
26. Chris-Olaiya A, Palmer W, Stancampiano F, Lacy B, Heckman M, Chirila R, et al. Medication use and polypharmacy in patients referred to a tertiary gastroenterology practice. *Rom J Intern Med*. 2020;58(4):228-32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32543459/>

27. Lenti MV, Pasina L, Cococcia S, Cortesi L, Miceli E, Caccia Dominioni C, et al. Mortality rate and risk factors for gastrointestinal bleeding in elderly patients. *European Journal of Internal Medicine*. 2019;61:54-61. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0953620518304485>
28. Wang J, Nakamura TI, Tuskey AG, Behm BW. Polypharmacy is a risk factor for disease flare in adult patients with ulcerative colitis: a retrospective cohort study. *ir*. 2019;17(4):496-503. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31602961/>
29. Francisco P, Zavala SR. Dispepsia funcional. [Actualizado el 21 de abril de 2022]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Publicación de StatPearls; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554563/>.
30. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Annals of family medicine*. 2009;7(4):357-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2713155/>
31. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, et al. [Clinical practice guidelines: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in adults: Concept, diagnosis, and healthcare continuity. (Part 1 of 2)]. *Aten Primaria*. 2017;49(1):42-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27810257/>
32. Álvarez S, Gallego C, Latorre C, Bermejo F. Papel del test Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) para la detección de consumo excesivo de alcohol en atención primaria. *Medifam*. 2001;11(9):553-7. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000900006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000900006)
33. Molina AJ, Fernández D, Delgado M, Martín V. Sensitivity and specificity of a self-administered questionnaire of tobacco use; including the Fagerström test. *International Journal of Nursing Studies*. 2010;47(2):181-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19560771/>
34. Escudero Silva N. Incidencia de gastritis por *Helicobacter Pylori* en personas atendidas en la clínica San Pablo de Trujillo en enero a junio del 2018. 2019.
35. Martínez Arévalo JE. Validez de los signos de alarma para identificar dispepsia orgánica en pacientes adultos. 2020.

36. Cortez Copia RM. Implicancias de la polifarmacia en adultos mayores de la urbanización Ciudad del Chofer, Chiclayo, 2022. 2023.
37. Narayanan SP, Anderson B, Bharucha AE. Sex- and Gender-Related Differences in Common Functional Gastroenterologic Disorders. *Mayo Clin Proc.* 2021;96(4):1071-89.
38. Marathe CS, Rayner CK, Wu T, Jones KL, Horowitz M. Gastrointestinal Disorders in Diabetes. In: Feingold KR, Anawalt B, Blackman MR, Boyce A, Chrousos G, Corpas E, et al., editors. *Endotext*. South Dartmouth (MA): MDTText.com, Inc. Copyright © 2000-2023, MDTText.com, Inc.; 2000.
39. Li ZT, Ji F, Han XW, Wang L, Yue YQ, Wang ZG. The Role of Gastroesophageal Reflux in Provoking High Blood Pressure Episodes in Patients With Hypertension. *Journal of clinical gastroenterology.* 2018;52(8):685-90.
40. Chiu YC, Chang WP, Tang GJ, Lan TY, Lee KY, Su VY. Chronic obstructive pulmonary disease is associated with a higher risk of functional gastrointestinal disorders. *Respiratory medicine.* 2022;197:106833.
41. Lonchamp S, Gerber F, Aubry JM, Desmeules J, Kosel M, Besson M. Prevalence of Polypharmacy and Inappropriate Medication in Adults With Intellectual Disabilities in a Hospital Setting in Switzerland. *Frontiers in psychiatry.* 2021;12:614825.
42. Vatcharavongvan P, Puttawanchai V. Elderly Patients in Primary Care are Still at Risks of Receiving Potentially Inappropriate Medications. *Journal of primary care & community health.* 2021;12:21501327211035088.

## ANEXOS

### ANEXO N°1: Autorización para realización de estudio en Establecimiento de Salud.



*"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"*

Trujillo, 30 de agosto de 2023

**OFICIO N° 0401- 2023/UCV-VA-P23/DE**

Señor Doctor  
Edwin Vilela Vargas  
Director Médico  
Hospital Distrital Jerusalén  
Presente.

De mi especial consideración.

A través de la presente, le hago llegar mi saludo personal y universitario, a la vez comunicarle que, el alumno del Ciclo XIV del Programa Académico de Medicina de la Universidad César Vallejo, Daniela Anahí Asto Velásquez, va a desarrollar su Proyecto de Investigación RELACION DE DISPEPSIA Y POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO, en la distinguida institución que usted dirige. El proyecto ha sido aprobado ya por un jurado ad hoc con Resolución Directoral N° 065-2023-UCV-VA-P23-S/DE.

El mencionado alumno está siendo asesorado por el Dr. Juan Alberto Leguía Cerna, quien es docente RENACYT de nuestra Escuela.

En este contexto solicito a usted, brindar las facilidades del caso a nuestro alumno, para poder recolectar los datos necesarios para el desarrollo de su investigación y posterior elaboración de su Tesis.

Seguro de contar con vuestra anuencia, le reitero mi saludo y consideración

Agradezco su atención a la presente, muy atentamente,



Cc: Archivo  
AMCHG/



**Dra. Ana María Chian García**  
Directora de Escuela Profesional  
Medicina

UCV, licenciada para que  
puedas salir adelante.



## ANEXO N°2: Instrumento

### ANEXO: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Sección 1. Consentimiento informado y objetivo de investigación

Estimado (a) participante, le saludo y agradezco de antemano el tiempo brindado a la persona que le brindó esta ficha. Estamos desarrollando un trabajo de investigación científica en el ámbito de medicina cuyo objetivo es determinar la relación entre la dispepsia funcional y la polifarmacia en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo. Para ello, lo invitamos a llenar esta ficha de manera honesta y transparente. Si está de acuerdo en participar, puede llenarlo, caso contrario puede devolver la ficha. Los datos brindados se usarán de manera anónima y solo para fines académicos. La indicación es marcar los cuadraditos y llenar los espacios vacíos con su información.

#### Sección 2. Características sociodemográficas y comorbilidades

##### SEXO

Femenino

EDAD: \_\_\_\_\_ años cumplidos

Masculino

##### COMORBILIDADES

HIPERTENSION ARTERIAL

DIABETES MELLITUS

DISLIPIDEMIAS

OBESIDAD

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

CÁNCER

ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCIVA CRÓNICA

OTROS: \_\_\_\_\_

#### Sección 3. Dispepsia funcional y polifarmacia

##### DISPEPSIA FUNCIONAL

Presencia

Ausencia

##### POLIFARMACIA

Presencia

Ausencia

##### TIPO DE MEDICAMENTO

Anticolinérgicos

Sistema nervioso central

Antitrombóticos

Medicina endocrina

Antiinfecciosos

Medicina gastrointestinal

Cardiovasculares

Manejo del dolor

#### Sección 4a. Consumo de alcohol y tabaco

- 1) ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?
- Nunca (0 puntos)
  - Mensualmente o menos (1 punto)
  - De 2 a 4 veces al mes (2 puntos)
  - De 2 a 3 veces a la semana (3 puntos)
  - 4 o más veces a la semana (4 puntos)
- 2) ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?
- 1 o 2 (0 puntos)
  - 3 o 4 (1 punto)
  - 5 o 6 (2 puntos)
  - De 7 a 9 (3 puntos)
  - 10 o más (4 puntos)
- 3) ¿Con qué frecuencia toma 5 o más consumiciones en una ocasión?
- Nunca (0 puntos)
  - Menos que mensualmente (1 punto)
  - Mensualmente (2 puntos)
  - Semanalmente (3 puntos)
  - A diario o casi a diario (4 puntos)
- 4) ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?
- Nunca (0 puntos)
  - Menos que mensualmente (1 punto)
  - Mensualmente (2 puntos)
  - Semanalmente (3 puntos)
  - A diario o casi a diario (4 puntos)
- 5) ¿Con qué frecuencia en el último año no ha sido capaz de hacer lo que cabría esperar normalmente de usted como consecuencia de la bebida?
- Nunca (0 puntos)
  - Menos que mensualmente (1 punto)
  - Mensualmente (2 puntos)
  - Semanalmente (3 puntos)
  - A diario o casi a diario (4 puntos)
- 6) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha necesitado un trago por la mañana para ponerse en marcha después de una noche de haber consumido abundante alcohol?
- Nunca (0 puntos)
  - Menos que mensualmente (1 punto)
  - Mensualmente (2 puntos)
  - Semanalmente (3 puntos)
  - A diario o casi a diario (4 puntos)
- 7) ¿Con qué frecuencia durante el último año se ha sentido culpable o arrepentido después de haber bebido?
- Nunca (0 puntos)
  - Menos que mensualmente (1 punto)
  - Mensualmente (2 puntos)
  - Semanalmente (3 puntos)
  - A diario o casi a diario (4 puntos)
- 8) ¿Con qué frecuencia durante el último año ha olvidado lo que ocurrió la noche anterior debido al alcohol?
- Nunca (0 puntos)
  - Menos que mensualmente (1 punto)
  - Mensualmente (2 puntos)
  - Semanalmente (3 puntos)
  - A diario o casi a diario (4 puntos)
- 9) ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado/a como consecuencia de su consumo de alcohol?
- No (0 puntos)
  - Sí, pero no en el último año (2 puntos)
  - Sí, durante el último año (4 puntos)
- 10) ¿Ha estado preocupado algún familiar, amigo o profesional sanitario por su consumo de alcohol o le ha sugerido que reduzca su consumo?
- No (0 puntos)
  - Sí, pero no en el último año (2 puntos)
  - Sí, durante el último año (4 puntos)

#### Sección 4b. Consumo de tabaco

¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?

- < 5 minutos (3 puntos)
- 6-30 minutos (2 puntos)
- 31-60 min. (1 punto)
- 60 minutos (0 puntos)

¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine, escuela, bancos, transporte público, hospitales, etc.)?

- Sí (1 punto)
- No (0 puntos)

¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?

- El primero (1 punto)
- Otros (0 puntos)

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

- Más de 30 (3 puntos)
- 21-30 (2 puntos)
- 11-20 (1 punto)
- Menos de 11 (0 puntos)

¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?

- Sí (1 punto)
- No (0 puntos)

¿Fuma si está tan enfermo que ha estado tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?

- Sí (1 punto)
- No (0 puntos)



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, LEGUIA CERNA JUAN ALBERTO, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "RELACION DE DISPEPSIA Y POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TRUJILLO", cuyo autor es ASTO VELASQUEZ DANIELA ANAHI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 14 de Diciembre del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
LEGUIA CERNA JUAN ALBERTO <b>DNI:</b> 43647258 <b>ORCID:</b> 0000-0002-9014-5603	Firmado electrónicamente por: JALEGUIAL el 14-12- 2023 16:30:29

Código documento Trilce: TRI - 0696838