



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS A
CONSTIPACIÓN FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES
DE UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ.

FREQUENCY AND FACTORS RELATED TO FUNCTIONAL
CONSTIPATION IN OLDER ADULTS IN A GENERAL
HOSPITAL IN LIMA, PERU.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
GERIATRÍA

AUTOR

ARLETTE JACQUELINE BELTRAN CORNEJO

ASESOR

TANIA TELLO RODRIGUEZ

LIMA-PERÚ

2024

Feedback Studio - Avast Secure Browser
ev.turnitin.com/app/carta/es/?o=2550903424&u=1151562266&s=18ro=103&lang=es

turnitin 1 de 150: ARLETTE JACQUELINE BELTRAN CORNEJO
FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS A CONSTIPACION FUNCIONA...

Similitud: 24% Marcas de alerta

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA | Facultad de **MEDICINA**

FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS A CONSTIPACION FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ.

FREQUENCY AND FACTORS RELATED TO FUNCTIONAL CONSTIPATION IN OLDER ADULTS IN A GENERAL HOSPITAL IN LIMA, PERU.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN GERIATRIA

AUTOR
ARLETTE JACQUELINE BELTRAN CORNEJO

ASESOR
TANIA TELLO RODRIGUEZ

LIMA, PERÚ
2024

Informe estándar
Informe en inglés no disponible Más información

24% Similitud estándar Filtros

Fuentes
Mostrar las fuentes solapadas

- Internet
repositorio.upch.edu.pe 7%
8 bloques de texto 121 palabra que coinciden
- Trabajo del estudiante
Universidad Peruana Cayetano Heredia 3%
3 bloques de texto 32 palabra que coinciden
- Internet
pesquisa.bvsalud.org 3%
5 bloques de texto 48 palabra que coinciden
- Internet
www.researchgate.net 2%
4 bloques de texto 33 palabra que coinciden
- Internet
riullulles 1%
1 bloques de bloques 18 palabra que coinciden

Página 1 de 9 1649 palabras 121% 121%

2. RESUMEN

La constipación es muy frecuente en la población de adultos mayores aproximadamente en un 30%, su prevalencia aumenta con la edad, debido a factores asociados causados por el envejecimiento y los estilos de vida, siendo necesario poder identificarlos para un manejo adecuado, debido a que afecta negativamente la calidad de vida y también es una carga para la atención sanitaria.

Objetivo: Determinar la frecuencia y los factores relacionados a constipación funcional en los pacientes adultos mayores que acuden al servicio de consultorio externo de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal, la muestra será conformada por adultos mayores que acudan a consulta externa de Geriatria del HNCH, en el periodo de noviembre del 2024 a febrero del 2025. Se aplicará un cuestionario con variables sociodemográfica, comorbilidades, estilos de vida, fármacos, además de una valoración afectiva, funcional y cognitiva.

El análisis de los datos se llevará a cabo mediante el paquete estadístico STATA versión 18. Se presentará las variables propuestas en un análisis descriptivo.

Palabras clave:

Constipación, adultos mayores, estilos de vida.

3. INTRODUCCIÓN

La constipación es una queja común y frecuente en la población adulta mayor, la prevalencia en la población general es de 12-19%, y en adultos mayores de 65 años llega al 26% en mujeres y el 16% en varones, la prevalencia va aumentando con la edad, en adultos mayores de 85 años se reporta hasta el 34% en mujeres y 26% en varones. En casas de reposo y hospitalizados la prevalencia puede llegar al 80%. La constipación tiene un impacto importante en el bienestar y los costos de la atención médica. (1, 2, 3).

En un estudio descriptivo en lima en un hospital de tercer nivel, de 290 pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de geriatría, se identificó que la constipación estaba presente en el 23,8% de los pacientes, de los cuales 57% fueron mujeres. (4)

En una revisión sistemática y metaanálisis, la prevalencia en adultos mayores fue del 18.9%, la más alta se encontró en adultos mayores en África con 32,3%, y la más baja en Asia con 13,6%. (5)

La constipación se define cuando existe deposiciones con menor frecuencia, heces duras o difíciles para evacuar, acompañado de esfuerzo o una sensación de vaciado incompleto. (6) Los factores de riesgo son el ser mujer, sedentarismo, dieta baja en fibra, polifarmacia, comorbilidades, depresión y nivel socioeconómico. (3)

La constipación, se puede clasificar en dos tipos: primario y secundario. El primario se debe a una alteración en la regulación neuromuscular del colon y ano rectal e incluye a los siguientes: constipación funcional, síndrome de intestino irritable con

constipación, constipación inducido por opioides y trastornos funcionales de la defecación.

La constipación secundaria es resultado de múltiples factores como alteraciones metabólicas, medicamentos, alteraciones neurológicas, y enfermedades primarias de colon. (7, 8)

La definición de constipación funcional según los criterios de roma IV, es la presencia de dos o más de los siguientes criterios: menos de tres deposiciones por semana, paso de heces duras o grumosas (Bristol tipos 1 y 2), una sensación de esfuerzo en las evacuaciones con más del 25%, una sensación de evacuación incompleta u obstrucción anorrectal en más del 25%, o uso de maniobras manuales en más del 25% de las defecaciones; estos deben haber estado presentes durante al menos tres meses y con inicio de síntomas seis meses antes del diagnóstico. Además, no debe haber heces blandas y fáciles de evacuar sin el uso de medicamentos como laxantes, y no hay suficientes criterios para un diagnóstico de síndrome del intestino irritable (9).

En la constipación funcional los factores asociados en el adulto mayor son: la ingesta insuficiente de líquidos o fibra, la baja actividad física, alteración en los horarios que interfieren con los movimientos intestinales regulares y la polifarmacia. (10)

En un estudio de cohorte se identificó factores de riesgo asociados a constipación y envejecimiento, los factores identificados y con mayor asociación fueron la poca actividad física, y la multimorbilidad. (11)

En una revisión sistemática se encontró que los factores de riesgo en constipación son: fármacos tales el uso de anticolinérgicos y antidepresivos, la inactividad física, el sexo femenino, la dieta baja en fibra, y estar en una residencia geriátrica. (6, 12, 13)

En un estudio transversal donde identificaban la epidemiología de la constipación en los adultos mayores, los resultados mostraron que las mujeres tenían mayor riesgo de constipación en comparación con los hombres (OR = 1,238). (14)

En una revisión sistemática y metaanálisis en China, se encontró una prevalencia más alta en mujeres (OR = 1,53) y en adultos mayores (≥ 70 años frente a ≤ 29 años: OR = 3,38). Además, también se identificó como factores de riesgo que una dieta rica en fibra se asoció con una prevalencia más baja (OR = 0,33), mientras que el hábito intestinal irregular y la inactividad se asociaron con una prevalencia más alta (OR = 3,64; OR = 1,97); la ansiedad, la depresión y la mala calidad del sueño también estuvieron asociados a mayor prevalencia de constipación (OR = 3,16; OR = 2,74; OR = 2,14, respectivamente). (15)

En una revisión sistemática se identificó que la constipación entre las personas mayores se relacionó a un impacto negativo en el bienestar físico, mental y en la vida social. (16) En un estudio que incluyó la autopercepción de su salud relacionada a constipación mencionaron que esta influía sobre sus actividades diarias, trastornos en el sueño, actividades sociales y viajes. (17)

El presente estudio nos permitirá tener información sobre este problema geriátrico que es motivo frecuente de consulta y visitas a emergencias, con esa información podremos realizar futuras investigaciones e intervenciones en la población adulta

mayor, y así poder mejorar la calidad de vida en los pacientes con constipación y de sus cuidadores.

Por lo anteriormente mencionado nos preguntamos: ¿Cuál es la frecuencia y los factores relacionados a constipación funcional en adultos mayores, que acuden al consultorio de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia?

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la frecuencia y los factores relacionados de constipación funcional en pacientes adultos mayores en el servicio de consultorio externo de Geriatria de Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), entre los meses de noviembre del 2024 a febrero del 2025.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir las características sociodemográficas en los adultos mayores con constipación funcional, que acuden a consultorio externo del servicio de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Describir las características clínicas, funcionales, cognitivas, afectiva, sociales, comorbilidades y estilos de vida en los adultos mayores con constipación funcional, que acudan a consultorio externo del servicio de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) **Diseño del estudio:** Un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal.

b) **Población:** Adultos mayores con diagnóstico de constipación funcional, que acudan al servicio de consulta externa de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia de noviembre del 2024 a febrero del 2025.

El servicio de Geriatria del HNCH durante el año 2022 realizo 3,547 atenciones y 1,005 atendidos.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de más de 60 años que acudan al servicio de consulta externa en el servicio de Geriatria del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Diagnóstico de constipación funcional según criterios de roma IV.
- Pacientes que acepten participar en este estudio previa firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con dependencia funcional severa: Índice de Barthel, menos a 40.
- Pacientes con deterioro cognitivo severo: cuestionario de Pfeiffer con más de 7 errores o GDS 6-7.
- Pacientes con uso de medicamentos opioides.
- Pacientes con antecedente de enfermedad de Parkinson.
- Pacientes que presenten al momento de la evaluación una enfermedad aguda o crónica descompensada.

c) Muestra

Unidades de análisis: Individuos de 60 años a más que acudan a consultorio externo de Geriátría del Hospital Nacional Cayetano Heredia entre los meses de noviembre del 2024 a febrero del 2025, que cumplan con criterios de inclusión.

Tipo del muestreo: No probabilístico por conveniencia.

Tamaño de muestra:

El cálculo de muestra se realizó con la población atendida en consulta externa de Geriátría en el año 2022, y fueron 1,005 atendidos, tomando en cuenta el estudio “Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general” (4), en donde el 23,8% de adultos mayores presentaron constipación, y con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5%, la muestra final calculada es de 219.

Los datos

Tamaño de muestra: 1,005

Proporción esperada: 23,800%

El nivel de confianza: 95,0%

El efecto de diseño: 1,0

Resultados:

Precisión del 5%: 219

d) Definición operacional de las variables:

| VARIABLES | DEFINICION OPERACIONAL | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION | VALOR FINAL |
|------------------------|---|------------------------|--------------------|--|
| CONSTIPACIÓN FUNCIONAL | Alteración en la frecuencia del ritmo evacuatorio fecal y consistencia de las heces | Cualitativa | Nominal | Cumple o no los criterios de ROMA IV. Ver anexo 1. |
| ESTILOS DE VIDA | Hábitos que se adquieren de forma individual para satisfacer sus necesidades. | Cualitativa | Nominal | Hábitos en la dieta y el ejercicio. Ver anexo 3. |
| EDAD | Número de años cumplidos por la persona. | Cuantitativa discreta | De razón | Edad en años |
| SEXO | Sexo biológico con la que nace una persona | Cualitativa Dicotómica | Nominal | Masculino Femenino |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | Nivel máximo de educación terminada. | Cualitativa politómica | Nominal | -Superior (estudios universitarios o técnicos) -Secundaria (7-11 años) -Primaria (<6 años de estudios complejos) -Sin instrucción. |
| FUNCIONALIDAD | Grado de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria. | Cuantitativa discreta | De razón | Puntaje total obtenido por el índice de Barthel - Independiente (100 puntos) - Dependiente leve (61-99) - Dependencia moderada (21-60) - Dependencia severa (= <20) Ver Anexo 5. |
| ESTADO COGNITIVO | Capacidades cognitivas del paciente: Memoria, orientación, información sobre temas cotidianos y trabajo matemático (10 preguntas) | Cuantitativa discreta | De razón | Número de errores obtenidos en el Cuestionario Breve del Estado Mental de Pfeiffer (10 preguntas) - Sin deterioro cognitivo (0- 2 errores) |

| | | | | |
|-----------------|--|------------------------|----------|--|
| | | | | - Deterioro cognitivo (> 3 errores) Ver anexo 6. - Escala de Deterioro global (GDS): se realizará al familiar o cuidador. Ver Anexo 7. |
| ESTADO AFECTIVO | Estado emocional o ánimo de la persona | Cuantitativa discreta | De razón | Puntaje obtenido en la escala GDS 4. Dos o más ítems se considera síntomas depresivos. Ver Anexo 8. |
| ESTADO SOCIAL | Aspectos relacionados con el entorno social y emocional de la persona. | Cuantitativa discreta | Ordinal | Según escala de Gijón, indica adecuado, riesgo y problema social. Ver Anexo 9. |
| COMORBILIDADES | Enfermedades diagnosticadas y que consten en la historia clínica. | Cualitativa Politémica | Nominal | -Diabetes mellitus -Hipertensión arterial -Enfermedad renal crónica, etc. |
| FÁRMACOS | Uso de medicamentos en un adulto mayor | Cuantitativa Discreta | Nominal | -Ninguno -Sulfato ferroso -Carbonato de calcio -Antihistamínicos -Sales de bismuto -Otros |

e) Procedimiento y técnicas

Luego de la aprobación de este protocolo en el comité de ética del Hospital Nacional Cayetano Heredia y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se realizara las encuestas, previa firma de consentimiento informado (Anexo 4), en pacientes que aceptaron participar en este estudio, en consultorio externo de Geriatría, para las ficha de recolección de datos (Anexo 2) la cual cuenta con las variables descritas

previamente entre noviembre del 2024 a febrero del 2025, una vez captada la muestra, la información que se extraerá, será procesada.

Instrumentos:

Criterios de roma IV: Son criterios que se utilizaran para el diagnóstico de constipación funcional. (9) Anexo 1

Cuestionario de los estilos de vida: Este cuestionario está basado en las pautas dadas en la organización mundial de la salud (OMS), en la Guía Europea de nutrición clínica y metabolismo (ESPEN), en la Guía alimentaria para los estadounidenses 2020-2025 y la Guía de actividad física de los americanos 2da edición. Antes de ser aplicado a las personas adultas mayores, este cuestionario se realizará una validación de contenido por tres expertos (un licenciado de nutrición, un médico gastroenterólogo y un médico geriatra). (18,19,20,21) Anexo 3

El índice de Barthel: La escala cuantitativa se utilizará en la valoración a nivel funcional, evaluando las actividades básicas de la vida diaria, y se agrupará según el resultado: Independiente (100 puntos), con dependencia leve (91 a 99 puntos), con dependencia moderada (61 a 90 puntos), con dependencia severa (21 a 60 puntos) y dependiente total (menos de 20 puntos). (22) Anexo 5

Cuestionario Breve Portátil de Pfeiffer: Un instrumento para el tamizaje del estado de deterioro cognitivo, validado en español. Se evaluará la cantidad de errores de la siguiente forma: No deterioro cognitivo de 0 a 2 errores, con deterioro cognitivo leve de 3 a 4 errores, con deterioro moderado de 5 a 7 errores y con deterioro severo de 8 a 10 errores. (23) Anexo 6

Si no es posible realizar el cuestionario de Pfeiffer al paciente, se hará la escala de deterioro global (GDS) al familiar, como una valoración indirecta que evalúa la memoria, orientación, el juicio y la resolución de los problemas; da una puntuación del 1 al 7, en gravedad del deterioro cognitivo. (24) Anexo 7

Escala de depresión geriátrica (GDS 4): La versión corta, consta de 4 ítems con un puntaje ≥ 2 respuestas afirmativas indica síntomas depresivos presentes. (25) Anexo 8

Escala de valoración Socio familiar de Gijón: es la escala que usaremos para la valoración social, que da un puntaje clasificando en buena y aceptable con 5 a 9 puntos, un riesgo social de 10 a 14 puntos y un problema social con más de 15 puntos. (26) Anexo 9

Toda la información que se obtendrá, serán almacenados en la base de datos del programa Excel, se ordenaran, se codificaran y los datos personales serán eliminados, a la cual solo tendrá acceso el investigador principal.

f) Aspectos éticos en el estudio:

El estudio se llevará a cabo luego de ser revisado por el comité institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y también del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se efectivizará previa firma del consentimiento informado.

g) Plan de Análisis

Los datos e información recolectada serán ordenados en la base de datos del programa Excel y analizados por STATA versión 18. Se usaran números y porcentajes en el análisis de las variables cualitativas, en las variables cuantitativas

se emplearan medidas de tendencia central y dispersión como la media, mediana, moda y la desviación estándar. Se aplicará la prueba del χ^2 y prueba de Fisher para buscar asociación con las variables. Se optará por el nivel de confianza al 95%, por lo que será considerado estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1). Lucak S, Lunsford TN, Harris LA. Evaluation and treatment of constipation in the geriatric population. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2021;37(1):85–102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2020.08.007>.
- (2) Gallegos-Orozco JF, Foxx-Orenstein AE, Sterler SM, Stoa JM. Chronic constipation in the elderly. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2012;107(1):18–25; quiz 26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2011.349>.
- (3) Heflin, Potter, Warshaw, McNabney. Ham's primary care geriatrics: A case-based approach. 7a ed. Warshaw GA, Potter JF, Flaherty E, McNabney MK, Heflin MT, Ham RJ, editores. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2021. Chapter 24, Constipation and Fecal Incontinence; p.250-257.
- (4) Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *Rev Medica Hered* [Internet]. 2012;23(4):229. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v23i4.843>
- (5) Salari N, Ghasemianrad M, Ammari-Allahyari M, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of constipation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Wien Klin Wochenschr* [Internet]. 2023;135(15–16):389–98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00508-023-02156-w>.
- (6) Milosavljevic T, Popovic DD, Mijac DD, Milovanovic T, Krstic S, Krstic MN. Chronic constipation: Gastroenterohepatologist's approach. *Dig Dis* [Internet]. 2022;40(2):175–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000516976>.
- (7) Deb B, Prichard DO, Bharucha AE. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Curr Gastroenterol Rep* [Internet]. 2020;22(11):54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11894-020-00791-1>.
- (8) Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and current therapeutic approaches. *Handb Exp Pharmacol* [Internet]. 2017;239:59–74. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/164_2016_111.
- (9) Buttaro TM, Trybulski J, Polgar-Bailey P, Sandberg-Cook J. Primary care: Interprofessional collaborative practice. 6a ed. Filadelfia, PA, Estados Unidos de América: Elsevier - Health Sciences Division; 2020. Chapter 115 , Constipation; p 724-729.
- (10) Daniali M, Nikfar S, Abdollahi M. An overview of interventions for constipation in adults. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet].

- 2020;14(8):721–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/17474124.2020.1781617>.
- (11) Werth BL, Williams KA, Pont LG. A longitudinal study of constipation and laxative use in a community-dwelling elderly population. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2015;60(3):418–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2015.02.004>
- (12) Horrigan J, Bhumi S, Miller D, Jafri M, Tadros M. Management of opioid-induced constipation in older adults. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2023;57(1):39–47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000001801>.
- (13) Forootan M, Bagheri N, Darvishi M. Chronic constipation: A review of literature. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018;97(20):e10631. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000010631>.
- (14) Du X, Liu S, Jia P, Wang X, Gan J, Hu W, et al. Epidemiology of constipation in elderly people in parts of China: A multicenter study. *Front Public Health* [Internet]. 2022;10:823987. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2022.823987>.
- (15) Chen Z, Peng Y, Shi Q, Chen Y, Cao L, Jia J, et al. Prevalence and risk factors of functional constipation according to the Rome criteria in China: A systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2022;9:815156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2022.815156>.
- (16) Tvistholm N, Munch L, Danielsen AK. Constipation is casting a shadow over everyday life – a systematic review on older people’s experience of living with constipation. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017;26(7–8):902–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13422>
- (17) Lin J-N, Xie W-T, Yang Y-Y, Wu CH, Wang J-J. Living with constipation and communication taboos surrounding constipation among older adults: An interpretive phenomenology analysis study. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2024;58:266–73. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2024.05.020>.
- (18) Alimentación sana [Internet]. Who.int. [citado el 30 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- (19) Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Hooper L, Kiesswetter E, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* [Internet]. 2022;41(4):958–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024>
- (20) Rahavi EB, Altman JM, Stoody EE, Esquivel MK. Dietary guidelines for Americans, 2020–2025: National nutrition guidance. En: *Lifestyle Medicine, Fourth Edition*. Boca Raton: CRC Press; 2024. p. 89–99.
- (21) Chen TJ, Whitfield GP, Watson KB, Fulton JE, Ussery EN, Hyde ET, et al. Awareness and knowledge of the Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. *J Phys Act Health* [Internet]. 2023;20(8):742–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2022-0478>

- (22) Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- (23) Martínez de la Iglesia J, DueñasHerrerob R, Carmen Onís Vilchesa M, Aguado Tabernéa C, Albert Colomerc C, Luque Luquec R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2001;117(4):129–34. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72040-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72040-4)
- (24) Custodio N, Neurociencias IP de, Becerra-Becerra Y, Alva-Diaz C, Montesinos R, Lira D, et al. Validación y precisión de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una población de Lima. *CES Med* [Internet]. 2017;31(1):14–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.31.1.2>
- (25) De la Torre Maslucan J, Maeki RS, Pinedo LFV, Kruger Malpartida HC, Falconi LH, Zevallos JC, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta médica peru* [Internet]. 2006 [citado el 30 de septiembre de 2024];23(3):144–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003
- (26) Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V, García González JV, Díaz Palacios E, et al. Evaluation of the reliability and validity of a social assessment scale in the elderly. Primary care: Official publication of the Spanish Society of Family and Community [Internet]. 1999;23(7):434–40. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058>

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto: Él estudio será financiado por los investigadores. No se gastará en recursos humanos o personal del estudio.

| MATERIALES | COSTO POR UNIDAD | CANTIDAD | COSTO TOTAL |
|------------|-----------------------------|----------|-------------|
| Hojas bond | 10 por paquete 500 hojas | 5000 | S/. 200 |
| Impresión | S/. 0.10 | 1000 | S/. 100 |
| Tablet | S/. 1500 | 01 | S/. 1500 |
| USB | S/. 30 | 01 | S/. 30 |
| Internet | 01 | 300 | S/. 300 |
| Lapiceros | S/. 1.50 | 20 | S/. 30 |
| Total | | | S/. 2160 |

Cronograma:

| PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES | 6 MESES | | | | | |
|---------------------------------|---------|---|---|---|---|---|
| | MESES | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Elaboración del protocolo | x | | | | | |
| Presentación al comité de ética | | x | | | | |
| Recolección de datos | | | x | x | x | |
| Análisis de los resultados | | | | | | x |
| Elaboración del artículo | | | | | | x |
| Publicación del artículo | | | | | | x |

8. ANEXOS

Anexo 1: Criterios ROMA IV

Presenta alguno de los siguientes síntomas:

Los criterios deben estar presentes al menos 3 meses y con inicio de síntomas 6 meses antes del diagnóstico.

1. ¿Cuántas veces por semana realiza deposiciones?
a. 1 b.2 c.3 d.4 o más
2. ¿Cuándo realiza sus deposiciones, cuantas veces son de consistencia dura?
a. Nunca b. menos de la mitad de las veces c. La mitad de las veces.
d. Más de la mitad de las veces
3. ¿Cuándo realiza sus deposiciones, cuantas veces lo hace con esfuerzo?
a. Nunca b. menos de la mitad de las veces c. La mitad de las veces.
d. Más de la mitad de las veces
4. ¿Cuándo realiza sus deposiciones, cuantas veces tiene sensación de que evacua de forma incompleta?
a. Nunca b. menos de la mitad de las veces c. La mitad de las veces.
d. Más de la mitad de las veces
5. ¿Cuándo realiza sus deposiciones, cuantas veces tiene sensación de bloqueo o obstrucción?
a. Nunca b. menos de la mitad de las veces c. La mitad de las veces.
d. Más de la mitad de las veces
6. ¿Cuándo realiza sus deposiciones, cuantas veces realiza maniobras manuales como ayuda?
a. Nunca b. menos de la mitad de las veces c. La mitad de las veces.
d. Más de la mitad de las veces
7. ¿La presencia de heces líquidas es rara sin el uso de laxantes?
a. Si b. No
8. Tiene el diagnóstico de SII (síndrome de intestino irritable):
a. Si b. No

Anexo 2:

Ficha de recolección de datos

Numero:

✓ Edad: años.

✓ Sexo: 0. Femenino () 1. Masculino ()

✓ Grado de instrucción:

1. Primaria () 2. Secundaria () 3. Superior () 4. Sin educación ()

✓ Comorbilidades:

1. Diabetes () 2. HTA () 3. ERC () 4. Arritmia cardiaca,
Fibrilación auricular y Otras () 5. Enfermedad pulmonar crónica:
EPID, EPOC. ASMA () 6. Osteoporosis () 7. Otras.....

✓ Fármacos:

1. Ninguno () 2. Sulfato ferroso () 3. Carbonato de calcio ()
4. Antihistamínicos () 5. Sales de bismuto () 6. Otros

✓ Funcionalidad: Índice de Barthel, puntaje: ____

1. Independiente () 2. Dependencia leve () 3. Dependencia moderada ()
4. Dependencia severa ()

✓ Estado cognitivo: Cuestionario de Pfeiffer, Nro de errores: ----

1. Normal () 2. Deterioro leve () 3. Deterioro moderado ()
4. Deterioro severo ()

GDS (Al cuidador):

1. Estadio 1 () 2. Estadio 2 () 3. Estadio 3 () 4. Estadio 4 ()
5. Estadio 5 () 6. Estadio 6 () 7. Estadio 7 ()

✓ Estado afectivo: GDS-4 de síntomas depresivos:

1. Sin síntomas depresivos () 2. Con síntomas depresivos ()

✓ Estado social: Gijón puntaje:

1. Buena () 2. Riesgo social () 3. Problema social ()

✓ Ignorar las ganas de defecar

1. Si () 2. No ()

Anexo 3:

Cuestionario de estilo de vida

Alimentación

✓ ¿Cuántas porciones de frutas come al día?

1. Ninguna () 2. Una () 3. dos () 4. tres o más ()

✓ ¿Cuántas porciones de vegetales como al día?

1. Ninguna () 2. Una () 3. dos () 4. tres o más ()

✓ ¿Su dieta incluye granos, cereales en el día?

1. Ninguna () 2. Una () 3. dos () 4. tres o más ()

✓ ¿Cuántos vasos de agua toma al día?

1. Menos de 6 vasos () 2. Mas de 6 vasos ()

✓ ¿Cuántas veces a la semana hace ejercicios?

1. Ninguna () 2. Una () 3. dos () 4. tres o más ()

✓ ¿Cuantos minutos hace ejercicio por día?

1. 10-20 minutos () 2. 20-30 minutos () 3. más de 30 minutos ()

✓ ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

Adaptado de las pautas dadas por la organización mundial de la salud (OMS), la guía de la sociedad Europea de Nutrición clínica y metabolismo (ESPEN), la Guía alimentaria para los estadounidenses 2020-2025 y la Guía de actividad física de los americanos 2da edición. (18,19,20,21)

Anexo 4: Consentimiento Informado

| | |
|--------------------|--|
| Título del estudio | FRECUENCIA Y FACTORES RELACIONADOS A CONSTIPACIÓN FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE UN HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ. |
| Investigador | Arlette Jacqueline Beltran Cornejo |
| Institución | Universidad Peruana Cayetano Heredia |

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en este estudio para identificar la frecuencia y los factores relacionados a constipación funcional en adultos mayores que asisten al consultorio de Geriatria. Este es un estudio realizado por un investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Hospital Nacional Cayetano Heredia

La constipación es un síntoma frecuente y su prevalencia aumenta con la edad, por lo que es importante hacer el diagnostico con los criterios de ROMA IV y identificar los factores relacionados y así poder modificarlos y ayudarnos en el tratamiento.

PROCEDIMIENTO

Si decide participar en el estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le realizara una entrevista de aproximadamente 5 minutos donde se le preguntara sus datos sociodemográficos.
2. Se les realizara las escalas (BARTHEL, PFEIFFER, GDS, GDS-4, GIJON), que durara aproximadamente 12 minutos.

3. Se le darán algunas recomendaciones sobre los problemas identificados en la entrevista.

BENEFICIOS

Se beneficiará de la evaluación por el uso de las diversas escalas, se le brindará los datos encontrados y algunas recomendaciones sobre el tema en cuestión. Sin costo alguno, los datos serán almacenados, no será publicado, no se permitirá la identificación de las personas del estudio.

RIESGOS

Si no desea responder alguna pregunta de la entrevista, es libre de no hacerlo, no existe algún otro riesgo.

COSTOS Y COMPENSACIÓN

El participar en este estudio no le causara ningún gasto, así como ninguna compensación económica.

CONFIDENCIALIDAD

La información brindada solo será revisada por los integrantes del estudio durante su periodo de duración. La información se codificará y su nombre no será publicado en ningún resultado del estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

De aceptar participar en el estudio, realizando los procedimientos antes descritos, si en algún momento desistiría de la participación no habría ningún inconveniente. Si presenta dudas, contacte con el personal del estudio; si existen dudas sobre los

aspectos éticos del estudio o cree que no fue tratado justamente se puede contactar con el Dr. Manuel Raúl Pérez Martinot, presidente del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe.

Asimismo, puede ingresar a este enlace para comunicarse con el Comité Institucional de Ética en Investigación UPCH:

<https://investigacion.cayetano.edu.pe/etica/ciei/consultasquejas>.

Declaración y/o consentimiento

Yo.....DNI.....

he leído (o alguien me ha leído) la información brindada en este documento sobre el estudio de identificar la frecuencia y factores asociados de la constipación funcional, siendo informado(a) acerca de los objetivos del estudio, las escalas a utilizar, beneficios y riesgos. Mis preguntas sobre el estudio han sido respondidas adecuadamente.

Considero que comprendo la información proporcionada, mi participación es voluntaria, comprendiendo que puedo retirarme cuando deseo, sin tener que dar explicaciones y sin que esto afecte mi atención médica.

Al firmar este documento, yo acepto participar en este estudio. No estoy renunciando a ningún derecho.

Nombre completo.....

Firma.....

Fecha y hora.....

Huella digital

Nombre completo del representante legal (según el caso-cuidador)

.....

Firma.....

Fecha y hora.....

Le he explicado el estudio al paciente y he contestado todas sus preguntas.
Confirmando que él comprende la información descrita en este documento y accede a
participar en forma voluntaria.

Nombre del Investigador/a

.....

Firma del Investigador/a

.....

Fecha y hora.....

Anexo 5:

Índice de Barthel

Interpretación: Independiente: 100 puntos, dependencia leve: 99-91 puntos, dependencia moderada: 90-61 puntos, dependencia severa: 60-21 puntos y dependiente total: < 20 puntos.

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

Referencia: Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. Maryland State Medical Journal, 14, 61–65. (22)

Anexo 6:

Cuestionario Breve Portátil del Estado Mental de Pfeiffer

Interpretación: Sin deterioro cognitivo (0-2 errores) y Deterioro Cognitivo leve (3-4 errores), deterioro moderado (5-7 errores) y deterioro severo (8-10 errores).

| | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| ¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año) | 1 | 0 |
| ¿Qué día de la semana? | 1 | 0 |
| ¿En qué lugar estamos? | 1 | 0 |
| ¿Cuál es su número de teléfono? (Si no tiene) ¿Cuál es su dirección completa? | 1 | 0 |
| ¿Cuántos años tiene? | 1 | 0 |
| ¿Dónde nació? | 1 | 0 |
| ¿Cuál es el nombre del presidente del Gobierno? | 1 | 0 |
| ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Gobierno? | 1 | 0 |
| Dígame el primer apellido de su madre. | 1 | 0 |
| Restar de 3 en 3 desde 30 | 1 | 0 |
| PUNTAJE TOTAL: Numero de errores | /10 | |

Referencia: Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Carmen Onís Vilchesa M, Aguado Tabernéa C, Albert Colomerc C, Luque Luquec R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) [Internet]. 2001;117(4):129–34. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753\(01\)72040-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(01)72040-4). (23)

Anexo 7:

GDS. Escala cognitiva de deterioro global.

| Estadio | Fase clínica | Características FAST | Comentarios |
|--|--|---|---|
| GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo | Normal MEC: 30-35 | Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos. | No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo |
| GDS 2. Déficit cognitivo muy leve | Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30 | Déficit funcional subjetivo | Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología. |
| GDS 3. Déficit cognitivo leve | Deterioro límite MEC: 20-27 | Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos | Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa ,o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve moderada |
| GDS 4. Déficit cognitivo moderado | Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23 | Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados | Defectos manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: <ul style="list-style-type: none"> • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro |
| GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave | Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19 | Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones | Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero si para elegir su ropa Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos |
| GDS 6. Déficit cognitivo grave | Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12 | Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e)disminución de la continencia fecal | Olvida a veces el nombre de su esposa de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación tempo espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva) |
| GDS 7. Déficit cognitivo muy grave | Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0 | Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida | Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulaci3n Con frecuencia se observan signos neurol3gicos |

Referencia: Custodio N, Neurociencias IP de, Becerra-Becerra Y, Alva-Diaz C, Montesinos R, Lira D, et al. Validaci3n y precisi3n de la escala de deterioro global (GDS) para establecer severidad de demencia en una poblaci3n de Lima. CES Med [Internet]. 2017;31(1):14–26. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.31.1.2.> (24)

Anexo 8:

Escala GDS 4 Abreviada.

Interpretación: dos o más ítems afirmativos, indica síntomas depresivos presentes.

| PREGUNTAS | SI | NO |
|---|----|----|
| ¿Está insatisfecho con su vida? | | |
| ¿Se siente impotente o indefenso? | | |
| ¿Tiene problemas de memoria? | | |
| ¿Siente desgano respecto a actividades e intereses? | | |

Referencia: De la Torre Maslucan J, Maeki RS, Pinedo LFV, Kruger Malpartida HC, Falconi LH, Zevallos JC, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta médica peru [Internet]. 2006 [citado el 30 de septiembre de 2024];23(3):144–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003. (25)

Anexo 9:

Escala de Gijón.

Interpretación: 5 a 9 puntos: Buena /Aceptable situación social, 10 – 14 puntos: Existe riesgo social; y 15 puntos: Existe problema social.

| SITUACIÓN FAMILIAR | |
|--|---|
| Vive con familia sin dependencia físico/psíquica | 1 |
| Vive con cónyuge de similar edad | 2 |
| Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia | 3 |
| Vive solo y tiene hijos próximos | 4 |
| Vive solo y carece de hijos o viven alejados | 5 |
| SITUACIÓN ECONÓMICA | |
| Más de 1.5 veces el salario mínimo | 1 |
| Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive | 2 |
| Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva | 3 |
| LISMI – FAS – Pensión no contributiva | 4 |
| Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4"). | 5 |
| VIVIENDA | |
| Adecuada a necesidades | 1 |
| Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...) | 2 |
| Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...) | 3 |
| Ausencia de ascensor, teléfono | 4 |
| Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos) | 5 |
| RELACIONES SOCIALES | |
| Relaciones sociales | 1 |
| Relación social sólo con familia y vecinos | 2 |
| Relación social sólo con familia o vecinos | 3 |
| No sale del domicilio, recibe visitas | 4 |
| No sale y no recibe visitas | 5 |
| APOYO DE LA RED SOCIAL | |
| Con apoyo familiar y vecinal | 1 |
| Voluntariado social, ayuda domiciliaria | 2 |
| No tiene apoyo | 3 |
| Pendiente del ingreso en residencia geriátrica | 4 |
| Tiene cuidados permanentes | 5 |

Referencia: Cabrera González D, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V, García González JV, Díaz Palacios E, et al. Evaluation of the reliability and validity of a social assessment scale in the elderly. Primary care: Official publication of the Spanish Society of Family and Community [Internet]. 1999;23(7):434–40. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7528058>. (26)