



Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Título: “Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana”.

Alumno: Agustín Theaux

Tutor: Dr. Bussi, Enrique Alberto

Fecha de presentación: 7 de agosto de 2012

Índice

Índice-----	1
Resumen -----	2
Introducción-----	5
Marco teórico-----	6
Problema -----	15
Objetivos -----	15
Objetivo General-----	15
Objetivos Específicos -----	15
Material y métodos -----	16
Resultados -----	19
Discusión -----	41
Conclusión -----	44
Bibliografía -----	45
Bibliografía consultada-----	45
Anexos-----	47
Anexo 1: Consentimiento informado -----	47
Anexo 2: Encuesta -----	48
Anexo 3: Tabulación de los datos-----	50

Resumen

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal en base a 105 encuestas a estudiantes regulares del 1º al 5º año de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, durante el período comprendido entre el 5 de marzo del 2012 al 5 de junio del 2012, según los criterios diagnósticos Roma III.

Con el objetivo de conocer la frecuencia de presentación de Dispepsia funcional según edad, sexo y año de la carrera; indagar las características clínicas con la que se presenta la dispepsia funcional; analizar el tipo de tratamiento al que se someten los estudiantes; la frecuencia de automedicación y de consulta médica; conocer la frecuencia de recurrencia de la dispepsia; la frecuencia de infección por *Helicobacter Pylori*, método diagnóstico empleado, tratamiento indicado y resultado del mismo e indagar el antecedente de dispepsia funcional previo al ingreso en la carrera de Medicina.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Del total de la población, el 42.9% correspondía al diagnóstico de dispepsia (Roma III); el 31.4% no presentaba ningún síntoma; el 17.1% presenta predominantemente síntomas de regurgitación y pirosis, y en menor medida síntomas aislados.
- Los síntomas más frecuentes fueron: ardor epigástrico, epigastralgia (más de la mitad en relación con la ingesta de alimentos y de éstos el 55% calmaba con la ingesta o con el estómago lleno), regurgitación ácida y sensación de plenitud postprandial.

- No se hallaron diferencias estadísticamente significativas de la frecuencia de dispepsia por sexo, edad o ciclo de la carrera.
- Menos del 14% de los que presentaron síntomas concurren al médico (casi la totalidad recibió tratamiento médico empírico de inicio -en su mayoría antisecretores y antiácidos-).
- De los que no concurren al médico, el 33.9% se automedicó (casi la mitad con omeprazol).
- Un solo caso refirió infección por *Helicobacter Pylori*.
- El 7.6% refiere antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad. Los encuestados que presentaban antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad tienen mayor probabilidad de dispepsia.

Como conclusión este estudio muestra que una frecuencia muy baja de personas con síntomas compatibles con dispepsia consulta al médico y de estos a la mayoría se le indicó tratamiento médico empírico de inicio y solo a un caso se le realizó endoscopia digestiva alta, la que resultó en una “gastritis nerviosa”; por el contrario, la mayoría no solo no consultó sino que se automedicó, por lo que del total de personas con síntomas compatibles con dispepsia (n=72) solo uno se sometió al estudio que determina la naturaleza funcional o no del problema.

Se necesitarán de estudios de investigación adicionales y de educación a la población general, para poder establecer la frecuencia real del problema y poder lograr la consulta temprana, para un tratamiento adecuado y oportuno, respectivamente.

Palabras clave: Dispepsia, Roma III, Epigastralgia, Ardor Epigástrico, Plenitud Gástrica Postprandial, Saciedad Precoz, Distensión Abdominal, Eructo, Pirosis, Regurgitación Ácida, Tratamiento, Endoscopía Digestiva Alta, Helicobacter Pylori.

Introducción

La importancia epidemiológica de la dispepsia funcional ha sido difícil de precisar debido fundamentalmente a la variabilidad en el concepto de la misma a lo largo del tiempo. En este sentido, es racional la posición de los que prefieren la denominación de dispepsia esencial, que expresa el desconocimiento de su etiología, en lugar de dispepsia funcional, que sugiere una disfunción que no se ha demostrado de forma general e inequívoca. La prevalencia de dispepsia funcional es alta, estimándose que entre un 20-30% de la población general refiere síntomas dispépticos en los últimos seis meses. (1; 20: 129) La incidencia se sitúa alrededor del 5%; dado que en un porcentaje similar de pacientes remiten los síntomas con tratamiento o espontáneamente, el grupo muestra tendencia a permanecer estable. Es, por tanto, una enfermedad frecuente con gran impacto social, económico y sanitario.

Diversos estudios epidemiológicos han demostrado que la mayoría de pacientes con síntomas dispépticos no consulta al médico y que aproximadamente la mitad se autoprescribe algún tipo de medicación. (1; 20: 129)

Marco teórico

La dispepsia es un motivo de consulta muy frecuente, tanto en atención primaria, como en las consultas de Gastroenterología, con un importante consumo de recursos sanitarios que obliga a establecer estrategias asistenciales eficientes, de las cuales no existe ninguna aceptada universalmente. Las intervenciones de salud propuestas conforman un rango extendido desde la búsqueda sistemática de una causa orgánica para indicar un tratamiento específico hasta el ensayo terapéutico empírico sin investigación previa.

Se entiende por dispepsia un conjunto de síntomas que sugieren tener su origen en el tracto digestivo superior, y pueden presentarse solos o asociados. Cuando se identifica una causa que justifica los síntomas, la dispepsia se denomina orgánica, y en caso contrario, esencial o funcional.

La dispepsia es un síndrome clínico para el que se han consensuado criterios definitorios; los más utilizados hoy día son los criterios Roma III (2006) que establecen como dispepsia la presencia de uno o más de los siguientes síntomas: dolor epigástrico, ardor epigástrico, saciedad precoz y plenitud postprandial, sin evidencia de alteración estructural (incluso luego de endoscopía digestiva alta) que pueda explicar esos síntomas.

Una de las modificaciones más relevantes de los criterios Roma III es la redefinición de los síntomas que la integran, ya que las náuseas y los vómitos dejan de formar parte de la definición. Otro aspecto a destacar es que se tiene en cuenta nuevamente la diferenciación de la dispepsia en dos variantes (con base en la creencia de que la distinción entre los síntomas inducidos por la

comida y los no relacionados con esta es relevante tanto fisiológica como clínicamente) las denominaciones actuales de dichas variantes son “síndrome de distrés o malestar postprandial” y “síndrome de dolor epigástrico” respectivamente. No obstante esta subclasificación ha sido criticada por la falta de estabilidad de los síntomas incluso en cortos períodos de tiempo y por la escasa correlación entre los patrones mencionados y los mecanismos fisiopatológicos subyacentes. (2; 20: 129)

Aunque no se establece en forma explícita la duración de los síntomas, en general se toma como referencia en la práctica clínica el último mes y se considera que los síntomas deben estar presentes por lo menos la cuarta parte de los días. (1; 20: 129)

En muchos de los pacientes con este trastorno, el diagnóstico es sintomático, al no considerar necesario realizar exploraciones diagnósticas complementarias. Esta situación clínica se conoce como “dispepsia no investigada”. En cambio se denomina dispepsia orgánica cuando se indican exploraciones diagnósticas para investigar su etiología, en particular endoscopia digestiva, y se identifica alguna causa que justifica los síntomas. Las causas de dispepsia orgánica son múltiples; entre las benignas más frecuentes son la úlcera péptica y la enfermedad por reflujo gastroesofágico y entre las malignas, el adenocarcinoma gástrico. La dispepsia esencial o funcional es, por lo tanto, un diagnóstico al que se le llega por exclusión de otras enfermedades; exige la existencia de un síndrome clínico compatible y haber excluido enfermedad orgánica, incluyendo la exploración mediante endoscopia digestiva alta. Aunque lo más frecuente es no hallar lesiones que justifiquen los síntomas dispépticos, a veces la endoscopia digestiva alta demuestra un origen orgánico.

El concepto de dispepsia funcional denuncia que la etiopatogenia no se conoce totalmente. Se han implicado diversas alteraciones que se pueden encontrar en un número variable de pacientes, pero no en todos, y cuyo significado clínico es incierto. Se ha invocado que pudiera estar relacionado con trastornos de secreción ácida gástrica, pero no se han encontrado alteraciones en la secreción basal ni en la estimulada en estos pacientes en comparación con voluntarios sanos.

Actualmente se da más importancia a los factores psicológicos y a las alteraciones de la motilidad gástrica y, más recientemente, se ha implicado la hipersensibilidad visceral.

Se ha encontrado cierta asociación entre determinados problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, y la dispepsia funcional. Ciertos síntomas dispépticos, tales como la saciedad precoz, la plenitud postprandial o la distensión sugieren la existencia de alteraciones de la motilidad gastrointestinal; aproximadamente un 30% de pacientes con dispepsia esencial tiene un vaciamiento gástrico enlentecido demostrable mediante estudios isotópicos.

También es posible detectar en algunos casos hipomotilidad antral, fracaso de la relajación del fundus gástrico tras la ingesta o, menos frecuentemente, alteraciones de la motilidad intestinal. Sin embargo, no hay evidencia de que las alteraciones de la motilidad gastrointestinal sean los factores patogénicos en la aparición de los síntomas. Las características, la frecuencia y la intensidad de los síntomas no guardan relación con la presencia o ausencia del trastorno motor.

Hoy en día, se estima que el trastorno de la percepción visceral es un factor de importancia en la génesis de los síntomas dispépticos. La percepción

visceral exagerada que se demuestra en estos pacientes podría justificar la existencia de síntomas abdominales en ausencia de hallazgos patológicos. En concreto, existe un aumento de la sensibilidad gástrica a diferentes estímulos, como la distensión que origina una percepción anormal.

El diagnóstico de dispepsia funcional se basa en presencia de un síndrome compatible que, según los criterios de Roma III (2006), consiste en la presencia de dolor o ardor epigástrico, saciedad precoz o plenitud postprandial, en ausencia de enfermedad orgánica (descartada por endoscopia digestiva alta) que explique los síntomas. Estos criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses, y los síntomas deben haber comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico. En la dispepsia funcional a diferencia del síndrome de intestino irritable, los síntomas no mejoran con la defecación ni se asocia a cambios en la frecuencia de las deposiciones y de la consistencia de las heces. Es importante tener en cuenta que el concepto de dispepsia no incluye a pacientes que asocian síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico como son la pirosis y la regurgitación ácida, cuando estos son predominantes.^(2; 20: 130)

La anamnesis permitirá orientar el diagnóstico hacia algunas causas de dispepsia orgánica al recoger información acerca de antecedentes personales de úlcera péptica, ingesta de fármacos, consumo de alcohol, síntomas extra digestivos de hipocalcemia, hipotiroidismo, hipertiroidismo, diabetes o antecedente de cirugía gástrica previa. Los síntomas que más frecuentemente refieren los pacientes con dispepsia funcional son dolor, malestar epigástrico, sensación de plenitud tras la ingesta, saciedad precoz, distensión abdominal, náuseas o eructos. Es importante investigar la presencia de síntomas o signos de alarma en el momento de la evaluación inicial, como son la pérdida de peso,

los vómitos recurrentes, la disfagia, la hemorragia digestiva (hematemesis, melena, anemia). Los pacientes con síntomas de alarma deberán ser estudiados obligatoriamente con endoscopia digestiva alta.

La exploración física es normal y, aunque en ocasiones se detecta dolor epigástrico a la palpación, su característica no permite orientar al diagnóstico.

Aunque no ha podido establecerse una relación entre las alteraciones fisiopatológicas y los diferentes síntomas dispépticos, se ha propuesto clasificar a los pacientes con dispepsia funcional en diferentes subgrupos, en función del perfil sintomático: (1; 20: 130)

- Dispepsia funcional tipo ulcerosa cuando predomina el dolor epigástrico.
- Dispepsia funcional tipo dismotilidad cuando el síntoma predominante no es el dolor, sino las molestias tipo plenitud, distensión, saciedad precoz o náusea.
- Dispepsia funcional inespecífica, cuando no se cumplen los criterios de dispepsia esencial tipo ulcerosa o tipo dismotilidad.

Ante un paciente que cumple criterios sintomáticos de dispepsia, el médico clínico tiene dos opciones: una intervencionista, para investigar la posible existencia de una causa orgánica y otra más conservadora consistente en indicar directamente un tratamiento empírico. No existe consenso sobre cuál es la estrategia diagnóstico-terapéutica inicial de elección en el paciente con dispepsia. Las tres aproximaciones a la dispepsia no investigada que se han empleado son: la realización de tratamiento empírico antisecretor, endoscopia y la estrategia *test and treat* (que consiste en la realización de una prueba no agresiva, que no requiera gastroscopia, para evaluar la presencia de *H. Pylori* y administrar tratamiento erradicador en casos positivos). A continuación se revisan dichas estrategias diagnóstico-terapéuticas.

El tratamiento empírico con antisecretores es la estrategia más utilizada y tiene un costo bajo. En muchos casos permite un rápido alivio de los síntomas y reduce el número de exploraciones endoscópicas. Como desventaja retrasa el diagnóstico de patología orgánica en un pequeño grupo de pacientes. El tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones tiene una eficacia superior al tratamiento con antagonistas de los receptores H₂ o con antiácidos. La terapia empírica con inhibidores de la bomba de protones es el tratamiento que presenta una mejor relación coste-efectividad cuando la prevalencia de infección por *H. Pylori* es muy baja (del 10% o menos).

El problema con la terapia antisecretora empírica en la dispepsia no investigada es que puede promover la curación de úlceras pépticas no diagnosticadas, lo que deja al paciente expuesto al riesgo de la recidiva de la úlcera y complicaciones en el futuro una vez se tenga la supresión de ácido (puesto que la infección por *H. Pylori* no habrá sido investigada ni, por tanto, tratada). Por otra parte, la reaparición de los síntomas tras la supresión del tratamiento antisecretor es la norma, por lo que el beneficio inicial obtenido con estos fármacos se pierde habitualmente con el tiempo.

La estrategia que incluye endoscopia de inicio no se ha demostrado más eficaz que el tratamiento empírico; es obligada cuando existen síntomas de alarma.

También es recomendable en los pacientes que inician los síntomas a una edad superior a los 45-55 años o aquellos pacientes en los que el tratamiento empírico ha fracasado o en aquellos que no acepten la incertidumbre diagnóstica.

La estrategia *test and treat* consiste en realizar, como aproximación inicial al paciente con dispepsia no investigada, una prueba de detección de *H. Pylori*,

idealmente un test del aliento con urea marcada y tratamiento de erradicación en caso de que se demuestre la infección. Esta estrategia ha sido recomendada por la mayoría de las Guías de Práctica Clínica y Conferencias de Consenso en pacientes dispépticos jóvenes y sin síntomas de alarma. (2; 20: 131)

La aproximación *test and treat* curará la mayoría de las enfermedades ulcerosas pépticas subyacentes y prevendrá futuras enfermedades gástricas y duodenales, incluyendo una proporción relevante de adenocarcinomas gástricos, aunque la mayoría de los pacientes infectados con dispepsia funcional no obtendrán ningún beneficio sintomático. En aquellos en que fracase el tratamiento a pesar de la erradicación de *H. Pylori*, es razonable administrar un tratamiento con IBP como siguiente paso, y sólo si este último fracasa valorar la realización de una gastroscopía.

La estrategia *test and treat* se ha mostrado tan efectiva como la endoscopía inicial en el manejo de la dispepsia no investigada. *Test and treat* reduce la utilización de endoscopía y se compara favorablemente con la gastroscopía inicial en los estudios de coste-efectividad. Comparada con el tratamiento empírico antisecretores, resulta más eficaz y también más coste-efectiva, siempre que la prevalencia de la infección por *H. Pylori* en pacientes dispépticos no descienda por debajo del 15%. Las condiciones de alta prevalencia de infección en nuestro medio son especialmente favorables para la utilización de esta alternativa diagnóstico terapéutica.

La prueba indirecta para diagnosticar la infección por *H. Pylori* debería ser un test de aliento realizado en condiciones óptimas, suspendiendo los antisecretores dos semanas antes de la prueba (para evitar los falsos negativos).

La dispepsia funcional es una enfermedad crónica con síntomas persistentes y recidivantes a lo largo de la vida. Es una enfermedad benigna, sin repercusión sobre la expectativa de vida pero que puede interferir con las actividades de la vida diaria, lo que se traduce en un deterioro de la calidad de vida de estos pacientes. (2; 20: 131)

No todos los pacientes con dispepsia funcional precisan una intervención terapéutica tras el diagnóstico. En ocasiones con una cuidadosa explicación del significado de los síntomas y de la naturaleza benigna de la enfermedad para el paciente respecto de su buen pronóstico vital inducen una mejoría de los síntomas dispépticos.

El desconocimiento de la etiología conlleva que el tratamiento médico de esta enfermedad se sustente en bases poco sólidas.

El rendimiento de las modificaciones dietéticas no está bien establecido. De cualquier modo se deben identificar y evitar los alimentos que desencadenan los síntomas y recomendar ingestas poco voluminosas, evitar el consumo de alcohol, tabaco y fármacos lesivos para el estómago.

Los fármacos antisecretores se han utilizado con cierta efectividad en los pacientes con dispepsia funcional. Aunque la eficacia terapéutica de los inhibidores de la bomba de protones ha sido demostrada, es probable que gran parte de este beneficio se explique por la existencia no reconocida de enfermedad por reflujo gastroesofágico en algunos pacientes.

La utilización de fármacos procinéticos se fundamenta en el papel que se atribuye a las alteraciones de la motilidad en la génesis de los síntomas dispépticos. Dentro de estos fármacos, la cisaprida aumenta el tono del esfínter esofágico inferior, acelera el vaciamiento gástrico y el tránsito del intestino delgado y, probablemente, mejora la acomodación del fundus gástrico.

Actualmente su uso está estrictamente limitado por sus efectos secundarios al igual que la metoclopramida, quien además atraviesa la barrera hematoencefálica y puede así inducir efectos adversos en el sistema nervioso central.

La domperidona es un antagonista de la dopamina que actúa a nivel periférico y posee escasos efectos secundarios.

Problema

¿Cuál es la frecuencia de presentación de la Dispepsia funcional en estudiantes de la carrera de Medicina en la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario?

Objetivos

Objetivo General

Conocer la frecuencia de presentación de Dispepsia funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, regional Rosario.

Objetivos Específicos

- Conocer la frecuencia de presentación de dispepsia funcional según edad, sexo y año de la carrera.
- Indagar las características clínicas con la que se presenta la dispepsia funcional.
- Analizar el tipo de tratamiento para la dispepsia al que se someten los estudiantes encuestados.
- Indagar la frecuencia de automedicación y de consulta médica.
- Conocer la frecuencia de recurrencia de la dispepsia.
- Conocer la frecuencia de infección por *Helicobacter Pylori*, método diagnóstico empleado, tratamiento indicado y resultado del mismo.
- Indagar el antecedente de dispepsia funcional previo al ingreso en la carrera de Medicina.

Material y métodos

Se llevó adelante un estudio de tipo descriptivo y transversal en base a una encuesta a estudiantes de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario, durante el período comprendido entre el 5 de marzo del 2012 y el 5 de junio del 2012.

Se incluyó en el estudio a estudiantes de ambos sexos, que cursaban en forma regular del 1º al 5º año de la carrera Medicina.

Se excluyeron a aquellos estudiantes que no quisieron participar en la realización de dicho trabajo de investigación.

Previo a la realización de la encuesta se solicitó el consentimiento informado (ver Anexo 1).

El instrumento de recolección de datos consistió en una encuesta de carácter voluntario y anónimo, elaborada con preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple) y presentada con formato de cuestionario impreso (ver Anexo 2).

El muestreo fue no probabilístico, accidental y por conveniencia. La muestra quedó conformada por un total de 105 encuestas.

Las encuestas se realizaron en el ámbito de la facultad, durante el cursado de clases.

Se analizaron las siguientes variables:

- Edad: en años cumplidos al momento de la encuesta.
- Sexo: femenino o masculino.
- Año de la carrera que está cursando.

- Padece o padeció de dispepsia, entendiéndose la dispepsia como un conjunto de signos y síntomas que sugieren tener su origen en el tracto digestivo superior como ser:
 - Epigastralgia o dolor epigástrico: epigástrico se refiere a la región entre el ombligo y la parte baja del esternón y limitado por las líneas medioclaviculares. El dolor se refiere a una sensación subjetiva y desagradable.^(2; 20: 130)
 - Ardor epigástrico: ardor se refiere a la sensación subjetiva desagradable de calor. Epigástrico se refiere a la región entre el ombligo y la parte baja del esternón y marcado por las líneas medioclaviculares.^(2; 20: 130)
 - Plenitud gástrica postprandial: definida como la sensación desagradable de presencia prolongada de comida en el estómago.^(2; 20: 130)
 - Saciedad precoz: sensación de que el estómago se llena demasiado pronto después de empezar a comer, desproporcionada con la cantidad de comida que se está ingiriendo, de modo que no se puede terminar de comer.^(2; 20: 130)
 - Distensión abdominal: conceptualizado como el aumento de la circunferencia abdominal, permanente o temporario, progresivo, estacionario o transitorio.^(3; 54: 297)
 - Eructo: definida como la eliminación voluntaria o involuntaria de aire deglutido (aerofagia) o de gases localizados a nivel del esófago y/o estómago en relación a trastornos digestivos orgánicos o funcionales.
 - Pirosis: sensación quemante o ácida referida a la región esternal.^(3; 32:179)

- Regurgitación: es la llegada a la boca del contenido esofágico o gástrico, sin estar precedida de náuseas ni vómitos.^(3; 30: 173)
- Concurre o no al médico.
- Tratamiento empleado por el médico.
- Automedicación: sí o no y medicamento utilizado, cuando corresponda.
- Recurrencia de la dispepsia, es decir, más de un episodio en los últimos seis meses a pesar de haber finalizado el tratamiento médico.
- Tiene o tuvo infección por *Helicobacter Pylori*.
- Método utilizado para el diagnóstico de *H. Pylori*. Varios son los métodos que se pueden utilizar para su diagnóstico, ellos se clasifican en invasivos y no invasivos. Entre los primeros se hallan el Cultivo, el Test rápido de Ureasa, la Reacción en Cadena de la Polimerasa y el histológico; entre los segundos se encuentran el Teste de Urea Espirado y la Serología.^(1; 20: 128-129)
- Tratamiento empleado por el médico para la infección por *H. Pylori*.
- Antecedentes personales de Dispepsia, previos a su ingreso en la Universidad Abierta Interamericana.

Se consideró como diagnóstico de Dispepsia esencial los criterios Roma III.

Los datos obtenidos se volcaron en una base de datos de Microsoft Excel. Los datos se tabularon para su análisis (ver anexo 3). Para su presentación se confeccionaron tablas y gráficos, se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética) y de dispersión (desvío estándar), técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (test exacto de Fisher, prueba chi cuadrado), para un nivel de significación $p \leq 0,05$.

Resultados

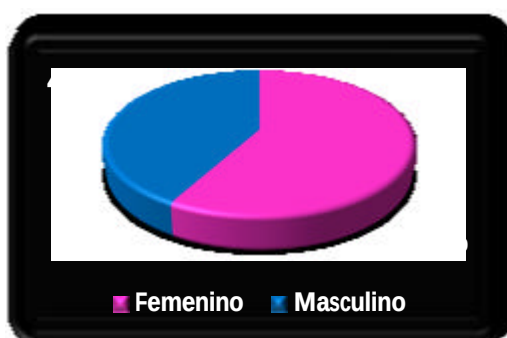
Sexo

Tabla 1: *distribución de las frecuencias absolutas y relativas del sexo en la población encuestada.*

Sexo		
	<i>f</i>	%
Femenino	61	58,1%
Masculino	44	41,9%
Total	105	

Del total de la población encuestada (n=105), el 58.1% corresponde al sexo femenino y el 41.9% al sexo masculino.

Gráfico 1: *distribución de las frecuencias relativas del sexo en la población encuestada.*



Edad

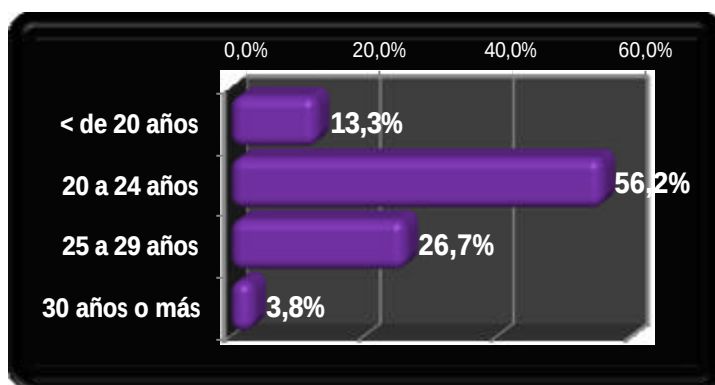
La población presenta una edad promedio de 23.1 años ($DS \pm 3.4$), una mediana de 22 años y un modo de 21 años.

Tabla 2: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la edad en la población encuestada.

Edad		
	<i>f</i>	%
< de 20 años	14	13,3%
20 a 24 años	59	56,2%
25 a 29 años	28	26,7%
30 años o más	4	3,8%
Total	105	

El 56.2% corresponde al intervalo de 20 a 24 años; el 26.7% al intervalo de 25 a 29 años; el 13.3% al intervalo de menos de 20 años y el 3.8% al intervalo de 30 años o más.

Gráfico 2: distribución de las frecuencias relativas de la edad en la población encuestada.



Ciclo de la carrera

Tabla 3: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del ciclo de la carrera que cursa la población encuestada.

Ciclo de la carrera		
	<i>f</i>	%
Ciclo básico	57	54,3%
Ciclo clínico	48	45,7%
Total	105	

El 54.3% cursa el ciclo básico de la carrera de Medicina y el 45.7% el ciclo clínico.

Gráfico 3: distribución de las frecuencias relativas del ciclo de la carrera que cursa la población encuestada.



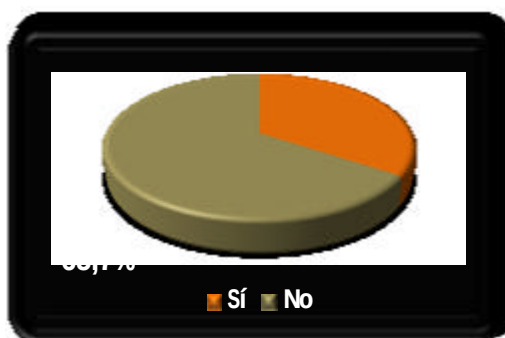
¿Tuvo epigastralgia en estos últimos tres meses?

Tabla 4: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo epigastralgia en los últimos 3 meses la población encuestada.

¿Tuvo epigastralgia en estos últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	36	34,3%
No	69	65,7%
Total	105	

El 34.3% de la población encuestada refiere que tuvo epigastralgia en los últimos 3 meses.

Gráfico 4: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo epigastralgia en los últimos 3 meses la población encuestada.



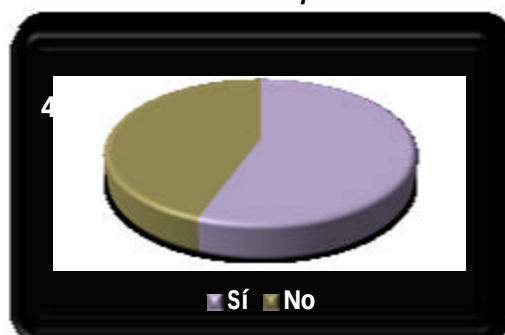
- La epigastralgia ¿tuvo relación con la ingesta de alimentos?

Tabla 5: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si la epigastralgia tuvo relación con la ingesta de alimentos en la población encuestada.

La epigastralgia, ¿tuvo relación con la ingesta de alimentos?		
	<i>f</i>	%
Sí	20	55,6%
No	16	44,4%
Total	36	

Del total de encuestados que refieren epigastralgia en los últimos 3 meses (n=36), el 55.6% refiere que la misma tuvo relación con la ingesta de alimentos.

Gráfico 5: distribución de las frecuencias relativas de si la epigastralgia tuvo relación con la ingesta de alimentos en la población encuestada.



- La epigastralgia que tuvo relación con la ingesta de alimentos ¿calmó con la alimentación o el estómago lleno?

Tabla 6: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si calmó con la alimentación o el estómago lleno la epistralgia que tuvo relación con la ingesta de alimentos en la población encuestada.

En caso de haber tenido relación con los alimentos, ¿calmó con la alimentación o el estómago lleno?		
	<i>f</i>	%
Sí	11	55,0%
No	9	45,0%
Total	20	

Del total de encuestados en los cuales la epigastralgia tuvo relación con la ingesta de alimentos (n=20), el 55% refiere que la misma calmó con la ingesta de alimentos o con el estómago lleno.

Gráfico 6: distribución de las frecuencias relativas de si calmó con la alimentación o el estómago lleno la epigastralgia que tuvo relación con la ingesta de alimentos en la población encuestada.



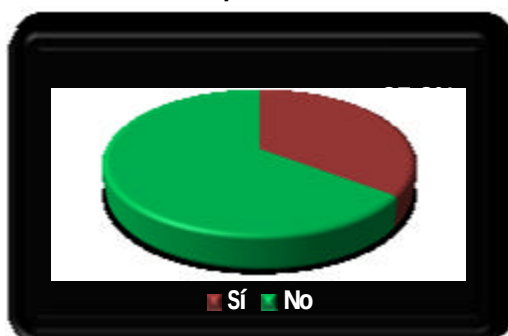
¿Tuvo ardor epigástrico en estos últimos tres meses?

Tabla 7: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo ardor epigástrico en los últimos 3 meses la población encuestada.

¿Tuvo ardor epigástrico en los últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	37	35,2%
No	68	64,8%
Total	105	

El 35.2% de la población encuestada refiere que tuvo ardor epigástrico en los últimos 3 meses.

Gráfico 7: *distribución de las frecuencias relativas de si tuvo ardor epigástrico en los últimos 3 meses la población encuestada.*



¿Tuvo sensación de plenitud postprandial en estos últimos tres meses?

Tabla 8: *distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo sensación de plenitud postprandial en los últimos 3 meses la población encuestada.*

¿Tuvo sensación de plenitud postprandial en los últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	31	29,5%
No	74	70,5%
Total	105	

El 29.5% de la población encuestada refiere que tuvo sensación de plenitud postprandial en los últimos 3 meses.

Gráfico 8: *distribución de las frecuencias relativas de si tuvo sensación de plenitud postprandial en los últimos 3 meses la población encuestada.*



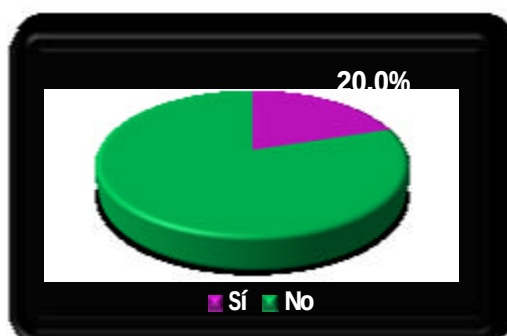
¿Tuvo saciedad precoz en estos últimos tres meses?

Tabla 9: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo saciedad precoz en los últimos 3 meses la población encuestada.

¿Tuvo saciedad precoz en los últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	21	20,0%
No	84	80,0%
Total	105	

El 20% de la población encuestada refiere que tuvo saciedad precoz en los últimos 3 meses.

Gráfico 9: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo saciedad precoz en los últimos 3 meses la población encuestada.



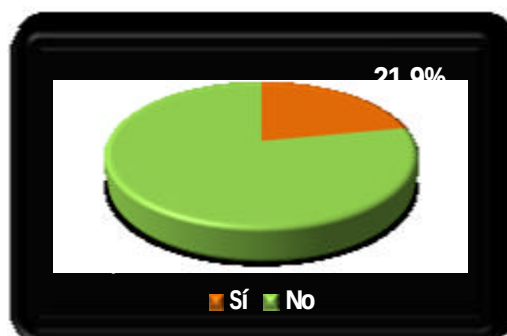
¿Tuvo distensión abdominal postprandial en estos últimos tres meses?

Tabla 10: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo distensión abdominal postprandial en los últimos 3 meses la población encuestada.

¿Tuvo distensión abdominal postprandial en los últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	23	21,9%
No	82	78,1%
Total	105	

El 21.9% de la población encuestada refiere que tuvo distensión abdominal postprandial en los últimos 3 meses.

Gráfico 10: *distribución de las frecuencias relativas de si tuvo distensión abdominal postprandial en los últimos 3 meses la población encuestada.*



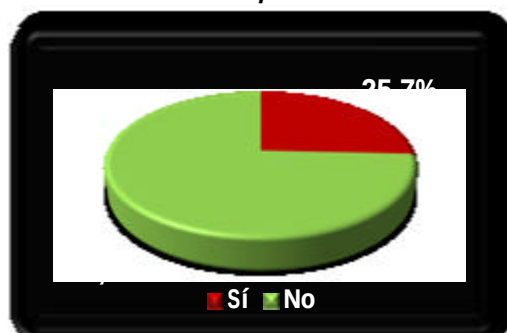
¿Tuvo eructos postprandiales en estos últimos tres meses?

Tabla 11: *distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo eructos postprandiales en los últimos 3 meses la población encuestada.*

¿Tuvo eructos postprandiales en estos tres últimos meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	27	25,7%
No	78	74,3%
Total	105	

El 25.7% de la población encuestada refiere que tuvo eructos postprandiales en los últimos 3 meses.

Gráfico 11: *distribución de las frecuencias relativas de si tuvo eructos postprandiales en los últimos 3 meses la población encuestada.*



¿Tuvo pirosis en estos últimos tres meses?

Tabla 12: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo pirosis en los últimos 3 meses la población encuestada.

¿Tuvo pirosis en los últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	25	23,8%
No	80	76,2%
Total	105	

El 23.8% de la población encuestada refiere que tuvo pirosis en los últimos 3 meses.

Gráfico 12: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo pirosis en los últimos 3 meses la población encuestada.



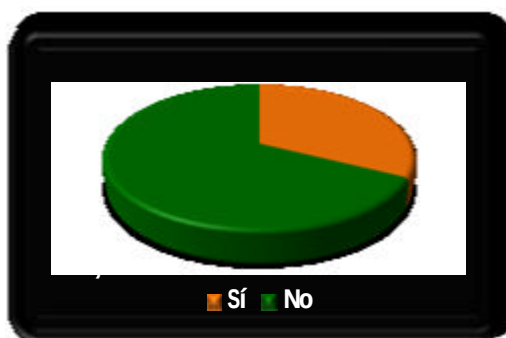
¿Tuvo regurgitación ácida en estos últimos tres meses?

Tabla 13: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo regurgitación ácida en los últimos 3 meses la población encuestada.

¿Tuvo regurgitación ácida en los últimos tres meses?		
	<i>f</i>	%
Sí	34	32,4%
No	71	67,6%
Total	105	

El 32.4% de la población encuestada refiere que tuvo regurgitación ácida en los últimos 3 meses.

Gráfico 13: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo regurgitación ácida en los últimos 3 meses la población encuestada.



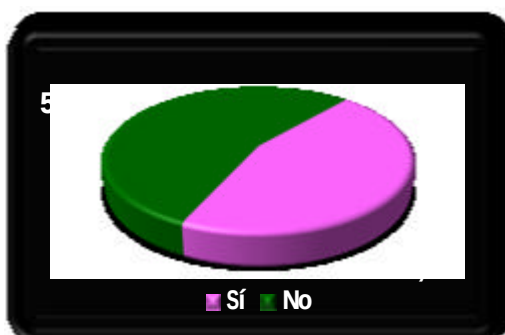
- En caso de haber tenido pirosis y/o regurgitación ácida, ¿fueron predominantes sobre el resto de los síntomas?

Tabla 14: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si tuvo como síntomas predominantes la pirosis y/o regurgitación ácida en los últimos 3 meses la población encuestada.

En caso de haber tenido pirosis y/o regurgitación ácida, ¿fueron predominantes sobre el resto de los síntomas?		
	<i>f</i>	%
Sí	20	45,5%
No	24	54,5%
Total	44	

Del total de la población que presentó como síntoma pirosis y/o regurgitación ácida (n=44), el 45.5% refiere que estos fueron los síntomas predominantes.

Gráfico 14: distribución de las frecuencias relativas de si tuvo como síntomas predominantes la pirosis y/o regurgitación ácida en los últimos 3 meses la población encuestada.



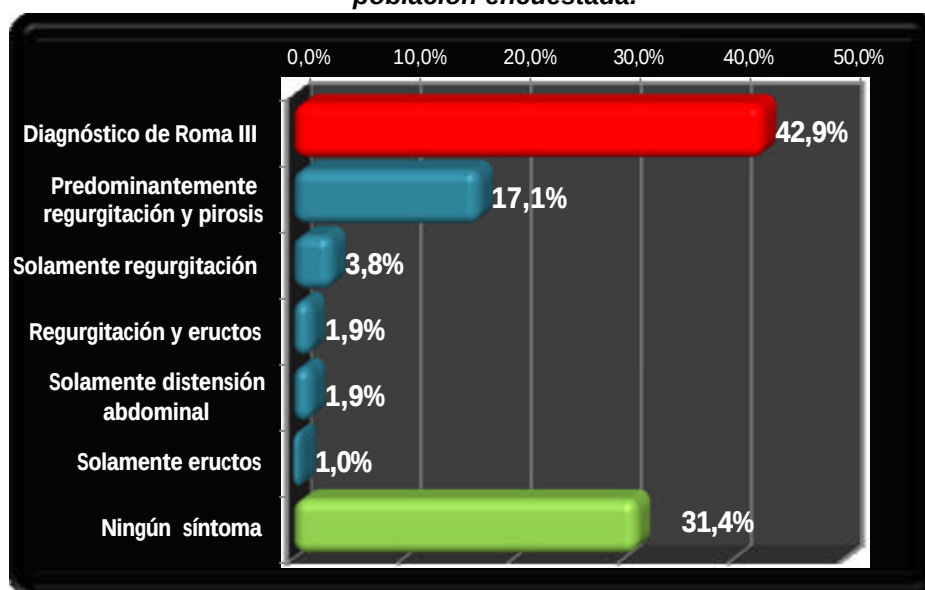
Presencia de síntomas

Tabla 15: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de síntomas en la población encuestada.

Presencia de síntomas		
	<i>f</i>	%
Diagnóstico de Roma III (presencia de epigastralgia, ardor epigástrico, plenitud gástrica y/o saciedad precoz)	45	42,9%
Predominantemente regurgitación y pirosis	18	17,1%
Solamente regurgitación	4	3,8%
Regurgitación y eructos	2	1,9%
Solamente distensión abdominal	2	1,9%
Solamente eructos	1	1,0%
Ningún síntoma	33	31,4%
Total	105	

Del total de la población encuestada (n=105), el 42.9% corresponde al diagnóstico Roma III; el 17.1% presenta predominantemente síntomas de regurgitación y pirosis; el 3,8% solamente regurgitación, el 1.9% regurgitación y eructos; el 1.9% solamente distensión abdominal; el 1% solamente eructos y el 31.4% ningún síntoma.

Gráfico 15: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de síntomas en la población encuestada.



Presencia de síntomas de Dispepsia

Tabla 16: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de síntomas de dispepsia en la población encuestada.

Presencia de síntomas de dispepsia (Roma III)		
	<i>f</i>	%
Sí	45	42,9%
No	60	57,1%
Total	105	

El 42.9% de la población encuestada presenta síntomas de Dispepsia.

Gráfico 16: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de síntomas de dispepsia en la población encuestada.



- Dispepsia según sexo

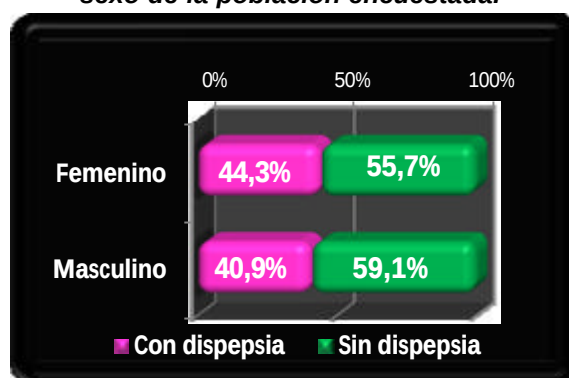
Tabla 17: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de dispepsia según sexo de la población encuestada.

Dispepsia según sexo				
	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Con dispepsia	27	44,3%	18	40,9%
Sin dispepsia	34	55,7%	26	59,1%
Total	61		44	

Del total de la población encuestada de sexo femenino (n=61), el 44.3% presenta dispepsia.

Del total de la población encuestada de sexo masculino (n=44), el 40.9% presenta dispepsia.

Gráfico 17: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de dispepsia según sexo de la población encuestada.



- Dispepsia según edad

Tabla 18: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de dispepsia según edad de la población encuestada.

Dispepsia según edad								
	< de 20 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 años o más	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Con dispepsia	8	57,1%	20	33,9%	14	50,0%	3	75,0%
Sin dispepsia	6	42,9%	39	66,1%	14	50,0%	1	25,0%
Total	14		59		28		4	

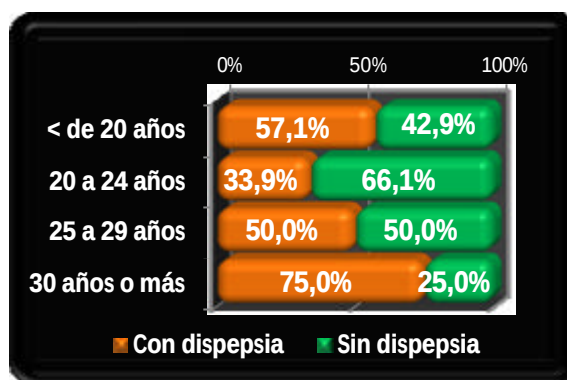
Del total de la población de menos de 20 años (n=14), el 57.1% presenta dispepsia.

Del total de la población de 20 a 24 años (n=59), el 33.9% presenta dispepsia.

Del total de la población de 25 a 29 años (n=28), el 50% presenta dispepsia.

Del total de la población de 30 años o más (n=4), el 75% presenta dispepsia.

Gráfico 18: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de dispepsia según edad de la población encuestada.



- Dispepsia según ciclo de la carrera

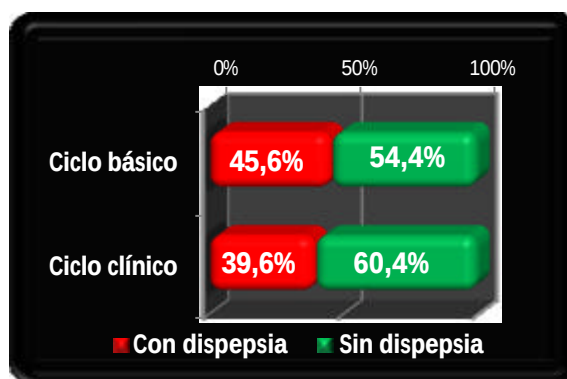
Tabla 19: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la presencia de dispepsia según ciclo de la carrera en la población encuestada.

Dispepsia según ciclo de la carrera				
	Ciclo básico		Ciclo clínico	
	f	%	f	%
Con dispepsia	26	45,6%	19	39,6%
Sin dispepsia	31	54,4%	29	60,4%
Total	57		48	

Del total de la población que corresponde al ciclo básico (n=57), el 45.6% presenta dispepsia.

Del total de la población que corresponde al ciclo clínico (n=48), el 39.6% presenta dispepsia.

Gráfico 19: distribución de las frecuencias relativas de la presencia de dispepsia según ciclo de la carrera en la población encuestada.



Cuando presentó síntomas ¿concurrió al médico?

Tabla 20: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de si concurrió o no al médico la población que presentó síntomas

Cuando presentó síntomas ¿concurrió al médico?		
	<i>f</i>	%
Sí	10	13,9%
No	62	86,1%
Total	72	

Del total de la población que presentó al menos un síntoma (n=72), el 13.9% concurrió al médico.

Gráfico 20: distribución de las frecuencias relativas de si concurrió o no al médico la población que presentó síntomas



- ¿Qué estrategia terapéutica de inicio utilizó el médico?

Tabla 21: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de la estrategia terapéutica de inicio que utilizó el médico.

¿Qué estrategia terapéutica de inicio utilizó el médico?		
	<i>f</i>	%
Médico empírico de inicio	9	90,0%
Médico empírico y Endoscopia Digestiva Alta de inicio	1	10,0%
Total	10	

Del total de pacientes que concurrió al médico (n=10); el 90% recibió tratamiento médico empírico de inicio y el 10% (1 caso) tratamiento médico empírico y endoscopia digestiva alta de inicio.

Gráfico 21: distribución de las frecuencias relativas de la estrategia terapéutica de inicio que utilizó el médico.



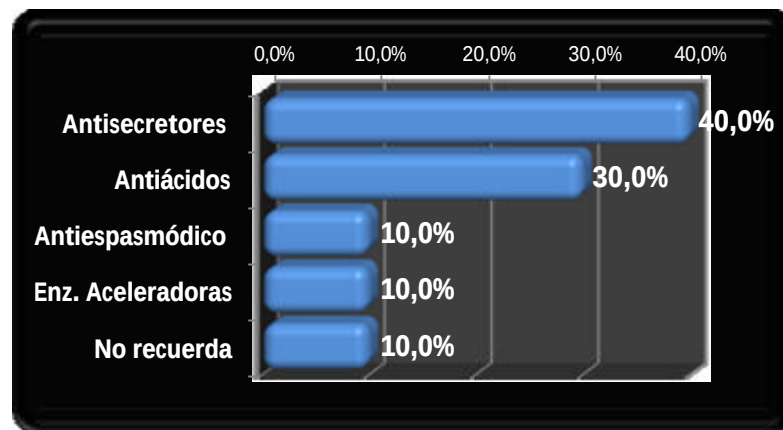
Medicamento que se le prescribió

Tabla 22: distribución de las frecuencias absolutas y relativas del medicamento que se le prescribió de inicio.

¿Qué medicamento se le prescribió?		
	f	%
Antisecretores (omeprazol, ranitidina)	4	40,0%
Antiácidos	3	30,0%
Antiespasmódico	1	10,0%
Enzimas aceleradoras de la digestión	1	10,0%
No recuerda	1	10,0%
Total	10	

Del total de la población que recibió tratamiento médico empírico de inicio (n=10), al 40% se le prescribió antisecretores (durante 1 semana a 4 meses); el 30% antiácidos (durante 1 semana a 2 meses) y en menor frecuencia otras drogas.

Gráfico 22: distribución de las frecuencias relativas del medicamento que se le prescribió de inicio.



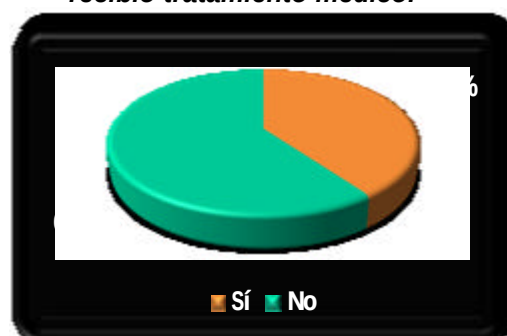
- Luego del tratamiento médico ¿hubo recidiva de la dispepsia?

Tabla 23: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de recidivas en la población que recibió tratamiento médico.

Luego de haber realizado el tratamiento médico correspondiente, ¿hubo recidiva de la dispepsia?		
	<i>f</i>	%
Sí	4	40,0%
No	6	60,0%
Total	10	

Del total de la población que recibió tratamiento médico empírico de inicio (n=10), el 40% presentó recidivas luego del tratamiento médico.

Gráfico 23: distribución de las frecuencias relativas de recidivas en la población que recibió tratamiento médico.



Endoscopía digestiva alta

La endoscopía digestiva alta se practicó en 1 solo caso, donde se llegó al diagnóstico de Gastritis nerviosa.

Automedicación

Tabla 24: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de automedicación en la población que no consultó al médico.

En caso de no haber consultado al médico, ¿usted se automedicó?		
	<i>f</i>	%
Sí	21	33,9%
No	41	66,1%
Total	62	

De los 72 pacientes que presentaron síntomas, 62 no concurrieron al médico y de éstos, el 33.9% refiere que se automedicó.

Gráfico 24: distribución de las frecuencias relativas de automedicación en la población que no consultó al médico.

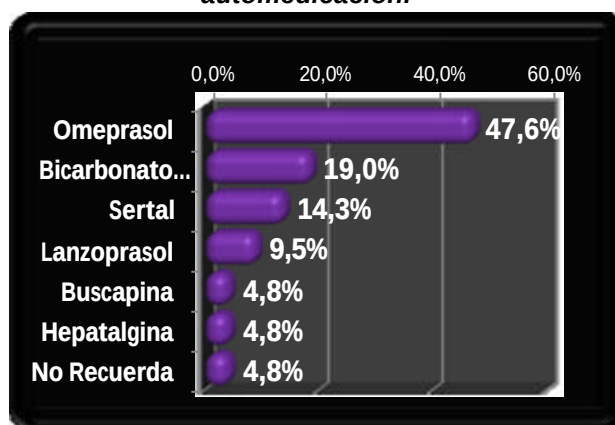


Tabla 25: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de medicamentos utilizados en la automedicación.

Automedicación: ¿qué medicamento utilizó?		
	f	%
Omeprazol	1	47,6 %
Bicarbonato de Sodio	4	19,0 %
Propinox Clorhidrato	3	14,3 %
Lansoprazol	2	9,5 %
Bromuro de Hioscina	1	4,8 %
Alcoholaturo de alcachofa	1	4,8 %
No recuerda	1	4,8 %

Del total de encuestados que se automedicaron (n=21), el 47.6% lo hizo con omeprazol; el 19% con bicarbonato de sodio; el 14.3% con sertal y en menor frecuencia con otras drogas.

Gráfico 25: distribución de las frecuencias relativas de medicamentos utilizados en la automedicación.



Infección por Helicobacter Pylori

Tabla 26: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de infección por Helicobacter Pylori en la población encuestada.

¿Tiene o tuvo infección por Helicobacter Pylori?		
	<i>f</i>	%
Sí	1	0,95%
No	104	99,0%
Total	105	

Tuvo infección por Helicobacter Pylori un solo caso del total encuestado, en el cual se llegó al diagnóstico por biopsia y recibió como tratamiento amoxicilina, claritromicina y lanzoprazol y luego de completar el tratamiento no presentó remisión de la sintomatología.

Gráfico 26: distribución de las frecuencias relativas de infección por Helicobacter Pylori en la población encuestada.



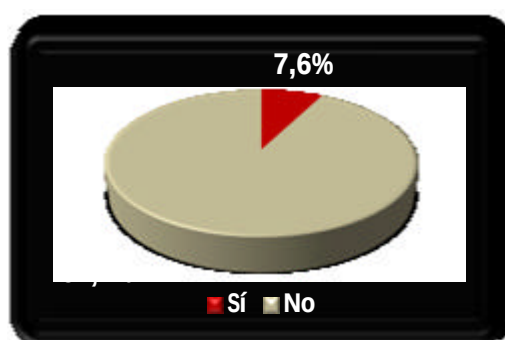
Antecedentes personales de dispepsia

Tabla 27: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad en la población encuestada.

¿Tiene antecedentes personales de Dispepsia, previos a su ingreso en esta Universidad?		
	<i>f</i>	%
Sí	8	7,6%
No	97	92,4%
Total	105	

Del total de la población encuestada (n=105), el 7.6% refiere antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad.

Gráfico 27: distribución de las frecuencias relativas de antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad en la población encuestada.



- **Dispepsia según antecedentes personales**

Tabla 28: distribución de las frecuencias absolutas y relativas de dispepsia según antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad en la población encuestada.

Dispepsia según antecedentes personales previos al ingreso a la Universidad				
	Con dispepsia		Sin dispepsia	
	f	%	f	%
Con antecedentes	6	13,3%	2	3,3%
Sin antecedentes	39	86,7%	58	96,7%
Total	45		60	

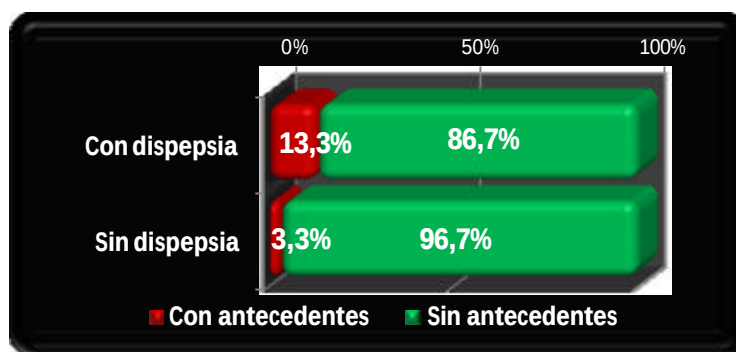
Del total de la población con dispepsia (n=45), el 13.3% presentaba antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad.

Del total de la población sin dispepsia (n=60), el 3.3% presentaba antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad.

La relación entre antecedentes personales y dispepsia resultó muy significativa ($p < 0.05$), es decir, que los encuestados que presentan antecedentes personales de dispepsia tienen mayor probabilidad de presentar

dispepsia que aquellos que no presentaban antecedentes personales antes del ingreso a la Universidad.

Gráfico 28: distribución de las frecuencias relativas de dispepsia según antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad en la población encuestada.



Discusión

Del total de la población encuestada (n=105), el 58.1% correspondía al sexo femenino y el 41.9% al sexo masculino. La edad promedio fue de 23.1 años ($DS \pm 3.4$), y más de la mitad de la población correspondía al intervalo de 20 a 24 años. El 54.3% cursaba el ciclo básico de la carrera de Medicina y el 45.7% el ciclo clínico.

En cuanto a los síntomas que presentó la población en los últimos 3 meses:

- el 34.3% tuvo epigastralgia (más de la mitad en relación con la ingesta de alimentos y de éstos el 55% calmaba con la ingesta o con el estómago lleno, entendiéndose, alimentos alcalinos como por ejemplo un vaso de leche),
- el 35.2% tuvo ardor epigástrico,
- el 29.5% sensación de plenitud postprandial,
- el 20% saciedad precoz,
- el 21.9% distensión abdominal,
- el 25.7% eructos postprandiales,
- el 23.8% pirosis,
- y el 32.4% regurgitación ácida.

Del total de la población el 42.9% correspondía al diagnóstico de dispepsia (Roma III); el 31.4% no presentaba ningún síntoma; el 17.1% presenta predominantemente síntomas de regurgitación y pirosis y en menor medida síntomas aislados.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas de la frecuencia de dispepsia por sexo, edad o ciclo de la carrera.

Menos del 14% de los que presentaron síntomas concurren al médico (el 90% recibió tratamiento médico empírico de inicio -en su mayoría antisecretorios y antiácidos- y 1 caso tratamiento médico empírico y endoscopia digestiva alta), sin embargo, el 40% presentó recidivas. En el caso de endoscopia digestiva alta se llegó al diagnóstico de Gastritis nerviosa.

De los que no concurren al médico, el 33.9% se automedicó (casi la mitad con omeprazol, el 19% con bicarbonato de sodio; el 14.3% con serral y en menor frecuencia con otras drogas).

Un solo caso refirió infección por *Helicobacter Pylori*, con diagnóstico por biopsia y recibió como tratamiento amoxicilina, claritromicina y lansoprazol y luego de completar el tratamiento no presentó remisión de la sintomatología.

Del total de la población encuestada, el 7.6% refiere antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad. La relación entre antecedentes personales y dispepsia resultó muy significativa, los encuestados que presentaban antecedentes personales de dispepsia antes del ingreso a la Universidad tienen mayor probabilidad de presentar dispepsia.

Debido a que para realizar el diagnóstico de dispepsia esencial se necesita no solo de los criterios de Roma III, sino de la realización de una endoscopia digestiva alta para descartar patología orgánica y así poder establecer el diagnóstico definitivo, en esta población estudiada y tal como se mencionó con anterioridad, la mayoría no consultó al médico por lo tanto nunca se los pudo investigar, a pesar de esto muchos de ellos se automedicaron, y de los que consultaron la mayoría inició tratamiento empírico inicial (a excepción de un solo caso que se le realizó endoscopia), y no endoscópico por lo que el

diagnóstico correcto y definitivo de dispepsia esencial no pudo realizarse. Hablamos de dispepsia diagnosticada clínicamente según los síntomas y signos ya descritos, entendiendo según datos aportados por la bibliografía que la mayoría de los dispépticos no investigados tendrían dispepsia esencial al igual que los que se realizan el estudio endoscópico de inicio.

En un estudio, realizados por estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Lima, Perú ⁽⁴⁾ en el año 2006 se investigó el grado de asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de dicha universidad, donde se obtuvo como resultado una prevalencia del 44,4% y una prevalencia según el sexo muy significativa ($p < 0.05$) en mujeres con un 48.7% en comparación con los varones en quienes se presentó en un 33.8%. Dichos porcentajes fueron similares a los obtenidos en nuestro estudio en el primer caso ya que la frecuencia de presentación en nuestra muestra fue del 42.9% y para el segundo caso, tampoco se demostró una diferencia significativa según el sexo, donde la frecuencia de presentación de la dispepsia fue del 44.3% para la mujer (sobre el total de mujeres), y del 40.9% para los varones.

Conclusión

- El tamaño de la muestra, para una condición de importante prevalencia en la población como lo es la dispepsia funcional, limita su interpretación y el significado clínico de los resultados.
- Este estudio muestra que una frecuencia muy baja de personas con síntomas compatibles con dispepsia consulta al médico y de estos a la mayoría se le indicó tratamiento médico empírico de inicio y solo a un caso se le realizó endoscopía digestiva alta, la que resultó en una “gastritis nerviosa”; por el contrario, la mayoría no solo no consulta sino que se automedicó, por lo que del total de personas con síntomas compatibles con dispepsia (n=72) solo uno se sometió al estudio que determina la naturaleza funcional o no del problema.
- Se necesitarán de estudios de investigación adicionales y de educación a la población general, para poder establecer la frecuencia real del problema y poder lograr la consulta temprana, para un tratamiento adecuado y oportuno, respectivamente.

Bibliografía

1. Medicina Interna. Decimoquinta edición (volumen I). Farreras-Rozman. Editorial Elsevier 2004.
2. Medicina Interna. Decimosexta edición (volumen I). Farreras-Rozman. Editorial Elsevier 2008.
3. Semiología Clínica. Motivos de consulta. Alberto J. Muniagurria y Julio Libman. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.
4. Bach Becker Benitez Velásquez, Luciana Elena Bellido Boza. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima-Perú 2006. Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2006/bellido_bl/pdf/bellido_bl.pdf

Bibliografía consultada

- Alcides A. Greca-Roberto F. Gallo-Roberto L. Parodi-Damian Carlson. Terapéutica Clínica. Primera edición. Editorial Corpus 2011.
- El Manual Washington de Terapéutica Médica. Trigésima Edición. Universidad escuela del Departamento de Medicina. Editorial Lippincott 2009.

Horacio A. Argente-Marcelo E. Álvarez. Semiología Médica. Primera edición.
Editorial Panamericana 2005.

José Angel Cordova Villalobos-Antonio de la Torre Bravo. Procedimientos
Endoscópicos en Gastroenterología. Décima edición. Editorial
Panamericana 2010.

Sleisenger-Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Sexta
edición (Tomo I). Editorial Panamericana 2000.

Robert E. Rakel. Saunders Manual de Práctica Médica. Editorial McGraw-Hill-
Interamericana 1996.

Harrison. Principios de Medicina Interna. Decimoquinta edición (volumen II).
Editorial McGraw-Hill-Interamericana 2001.

Lee Goldman-J. Claude Bennett. Cecil Tratado de Medicina Interna.
Vigésimoprimera edición (volumen I). McGraw-Hill-Interamericana 2000.

Michel Conte-Serge Bonfils-Michel Mignon. Gastroenterología. Editorial Espaxs
1980.

http://www.romecriteria.org/rome_III_gastro/

Gastroenterology 2006;130:1377-1390.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

El alumno Theaux Agustín, de la Carrera de Medicina de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Abierta Interamericana, sede regional Rosario lleva a cabo un proyecto de investigación: **“Frecuencia de presentación de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana”**, al cual fui invitado a participar, mediante la realización de una encuesta. Se trata de un estudio observacional y descriptivo, de corte transversal, sin intervenciones invasivas ni terapéuticas.

Se me explicó que mi participación es voluntaria, que toda la información personal obtenida para este estudio será estrictamente confidencial y manejada con carácter anónimo, conforme a la ley de protección de los datos personales N° 25326, y que tengo pleno derecho para decidir suspender dicha participación, en cualquier momento y sin justificación alguna.

Por el presente, presto mi consentimiento a participar en este estudio en los términos precedentes.

.....

Nombre y Apellido

Rosario,.....de.....de 2012

.....

DNI

.....

Firma

Theaux, Agustín.

DNI 31.813.407

Anexo 2: Encuesta

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: M/ F.
- 3) Año de Cursado de la Carrera: _____
- 4) ¿Tuvo epigastralgia en estos últimos tres meses? Si/ No.
- 5) La epigastralgia, ¿tuvo relación con la ingesta de alimentos? Si/ No.
- 6) En caso de haber tenido relación con los alimentos, ¿calmó con la alimentación o el estomago lleno? Si/ No.
- 7) ¿Tuvo ardor epigástrico en los últimos tres meses? Si/ No.
- 8) ¿Tuvo sensación de plenitud postprandial en los últimos tres meses? Si/ No.
- 9) ¿Tuvo saciedad precoz en los últimos tres meses? Si/ No.
- 10) ¿Tuvo distensión abdominal postprandial en los últimos tres meses? Si/ No.
- 11) ¿Tuvo eructos postprandiales en estos tres últimos meses? Si/ No.
- 12) ¿Tuvo pirosis en los últimos tres meses? Si/ No.
- 13) ¿Tuvo regurgitación ácida en los últimos tres meses? Si/ No.
- 14) En caso de haber tenido pirosis y/o regurgitación ácida, ¿fueron predominantes sobre el resto de los síntomas? Si/ No.
- 15) Cuando presentó uno o varios de los síntomas citados, ¿concurrió al médico? Si/ No.
- 16) En caso de haber consultado a su médico, ¿qué estrategia terapéutica de inicio utilizó?
 - Médico empírico de inicio.
 - Endoscopía Digestiva Alta de inicio.
 - Test y tratamiento erradicador de *H. Pylori* de inicio.
- 17) En caso de haber recibido tratamiento médico empírico. ¿Qué medicamento se le prescribió?.....
- 18) En relación a la pregunta anterior, ¿por cuánto tiempo recibió dicha medicación?.....
- 19) En caso de haberse practicado una endoscopía digestiva alta, ¿se llegó a algún diagnóstico específico?
Si/ No.
- 20) En caso de que la respuesta haya sido positiva, ¿cuál fue su diagnóstico?.....
- 21) En caso de que la respuesta haya sido negativa, ¿recibió un tratamiento médico posterior a dicha práctica? Si/ No.
- 22) En caso de no haber consultado al médico, ¿usted se automedicó? Si/ No.

- 23) En caso de que la respuesta haya sido positiva, ¿qué medicamento utilizó?.....
- 24) Luego de haber realizado el tratamiento médico correspondiente, ¿hubo recidiva de la dispepsia? Si/ No.
- 25) ¿Tiene o tuvo infección por *Helicobacter Pylori*? Si/ No.
- 26) ¿Qué método se utilizó para su diagnóstico?
- Cultivo.
 - Test rápido de ureasa.
 - Reacción en cadena de la polimerasa.
 - Biopsia.
 - Test de urea espirado.
 - Serología.
 - No recuerda.
- 27) ¿Qué medicamentos se utilizaron para tratar dicha infección?
.....
- 28) Luego de completar el tratamiento contra el *H. Pylori*, ¿hubo remisión de la sintomatología? Si/ No.
- 29) ¿Tiene antecedentes personales de Dispepsia, previos a su ingreso en esta Universidad? Si/ No.

Anexo 3: Tabulación de los datos

	Edad	Sexo	Año de Cursado de la Carrera	¿Tuvo epigastralgia en estos últimos tres meses?	La epigastralgia, ¿tuvo relación con la ingesta de alimentos?	En caso de haber tenido relación con los alimentos, ¿calmó con la alimentación o el estómago lleno?	¿Tuvo sensación de plenitud postprandial en los últimos tres meses?	¿Tuvo saciedad precoz en los últimos tres meses?	¿Tuvo distensión abdominal postprandial en los últimos tres meses?	¿Tuvo eructos postprandiales en estos tres últimos meses?	¿Tuvo pirosis en los últimos tres meses?	¿Tuvo regurgitación ácida en los últimos tres meses?	En caso de haber tenido pirosis y/o regurgitación ácida,¿fueron predominantes sobre el resto de los síntomas?	Signos y síntomas de dispepsia	Cuando presente uno o varios de los síntomas citados, ¿concurrió al médico?	En caso de haber consultado a su médico, ¿qué estrategia terapéutica de inicio utilizó?	¿Qué medicamento se le prescribió?	¿Por cuánto tiempo recibió dicha medicación?	Luego de haber realizado el tratamiento médico correspondiente, ¿hubo recidiva de la dispepsia?	En caso de haberse practicado una endoscopia digestiva alta, ¿se llenó a algún diagnóstico específico?	En caso de que la respuesta haya sido positiva, ¿cuál fue su diagnóstico?	En caso de que la respuesta haya sido negativa, ¿recibió un tratamiento médico posterior a dicha práctica?	En caso de no haber consultado al médico, ¿usted se automedicó?	En caso de que la respuesta haya sido positiva, ¿qué medicamento utilizó?	¿Tiene o tuvo infección por Helicobacter Pylori?	¿Qué método se utilizó para su diagnóstico?	¿Qué medicamentos se utilizaron para tratar dicha infección?	Luego de completar el tratamiento contra el H. Pylori, ¿hubo remisión de la sintomatología?	¿Tiene antecedentes personales de Dispepsia, previos a su ingreso en esta Universidad?			
1	18 F	1	NO				NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO												NO				NO		
2	18 M	1	NO			SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO		SI										NO		NO				NO		
3	19 F	1	SI	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI		SI										NO		NO				NO		
4	23 F	1	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SI										NO		NO				NO		
5	21 M	1	NO			SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI		NO									SI	Bicarbonato de Sodio		NO				NO		
6	24 M	1	NO			SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO		NO									SI	Bicarbonato de Sodio y Omeprasol		NO				NO		
7	19 M	1	SI	NO		SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO		SI	MEI	Antiácidos	1 Semana	SI								NO				SI		
8	21 F	1	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		SI									NO		NO					NO		
9	23 M	1	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO												NO				NO		
10	27 M	1	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO		SI									SI	Bicarbonato de Sodio		NO				SI		
11	22 M	1	SI	NO		SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI		SI									NO		NO					SI		
12	24 M	1	NO			SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI		SI									SI	Lanzoprasol		NO				NO		
13	25 F	1	NO			SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI		SI									SI	Omeprasol		NO				NO		
14	20 M	1	NO			NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO		NO									NO		NO					NO		
15	32 F	1	NO			NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		NO												NO				NO		
16	20 M	1	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	SI		NO	MEI	Pargeverina	4 Dias	NO									NO				NO	

[illegible]

