



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DISPÉPTICOS Y FACTORES ASOCIADOS EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA, JORGE REÁTEGUI DELGADO Y SANTA ROSA DE PIURA, PERÚ, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE 2016

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTOR:

CARRION GUTIERREZ, MARÍA DEL PILAR

ASESORA:

DRA. WONG TERRONES, GUIOVANNA

LINEA DE INVESTIGACIÓN:

EDUCACIÓN MÉDICA

PIURA – PERÚ

2017

PÁGINA DEL JURADO

DR. JOSE E. CRUZ VILCHEZ
PRESIDENTE

Dra. MARIA LEON CHAVEZ
SECRETARIA

Dr. MARCO ALVARADO CARBONEL
VOCAL

DEDICATORIA

Dedico este estudio al Padre de toda la creación, al único Dios que existe, por guiar mi camino, darme fuerza para seguir adelante y no desmayar en los obstáculos que se presentaban, enseñándome a resistir y encarar las adversidades.

A mis padres, Maximiliano y Enith, por haberme dado sin condición, mis estudios, por estar a mí lado en todo momento, por haberme enseñado los valores que dignifican a la persona y hasta ahora brindarme su amor incondicional. Son un ejemplo de vida a seguir; mi fuente de inspiración y motivación, en cada paso, cada sueño, cada meta están presentes.

A mi hermano Manuel que fomento en mí el deseo de superación y triunfo en la vida, y sé que siempre necesitaremos estar juntos.

A mis docentes, especialmente, a mi asesora, que con sus consejos he podido desarrollar de la mejor manera este estudio de investigación.

AGRADECIMIENTO

No tengo palabras para agradecer todo lo que Dios, mis padres, docentes, amigos, me han enseñado, pero a través de estas líneas quiero agradecer a todos los que hicieron posible que pudieran llegar a cumplir la primera meta en mi vida, a terminar un primer paso, en el campo de la medicina, que es tan amplio, y espero seguir creciendo cada día con la ayuda de Dios, mis padres, y el esfuerzo que día a día le pongo. MUCHAS GRACIAS A TODOS !

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, María del Pilar Carrión Gutiérrez, con DNI N° 45060091, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina Humana, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

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

Piura, Febrero del 2017

María del Pilar Carrión Gutiérrez

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada: **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DISPÉPTICOS Y FACTORES ASOCIADOS EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA, JORGE REATEGUI DELGADO Y SANTA ROSA, PIURA, PERÚ, PERÍODO JULIO – DICIEMBRE 2016**, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.

El Autor

ÍNDICE

	Pág.
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	1
1.1 Realidad problemática	1
1.2 Trabajos previos	2
1.3 Teorías relacionadas al tema	3
1.4 Formulación del problema	7
1.5 Justificación del estudio	7
1.6 Objetivos	8
II. Métodos	
2.1 Diseño de investigación	9
2.2 Variables, Operacionalización	9
2.3 Población y muestra	11
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Validez y confiabilidad	12

2.5 Métodos de análisis de datos	13
2.6 Aspectos éticos	14
III. Resultados	15
IV. Discusión	21
V. Conclusiones	23
VI. Recomendaciones	24
VII. Referencias bibliográficas	26
Anexos	30

RESUMEN

Objetivo: : Establecer la prevalencia y determinar los factores asociados a síntomas dispépticos en internos de medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa de Piura, Perú, Julio – Diciembre, 2016. **Materiales y métodos:** Estudio transversal analítico, aplicando una encuesta cerrada en un solo periodo de tiempo (Julio – Diciembre 2016), analizando posteriormente la asociación entre las variables. Se usó el test “A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia” para el diagnóstico de los síntomas dispépticos, entre otros test. Para el análisis bivariado y multivariado se utilizó los modelos lineales generalizados, usando la familia *Poisson* con función de enlace log, obteniendo razones de prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa) y sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados:** De los 60 encuestados, el 51,7% (31) fueron del sexo femenino, la mediana de edades fue 24 años (rango: 23-25 años). La prevalencia de síntomas dispépticos fue de 35%. Los factores con mayor asociación con los síntomas dispépticos fueron: depresión, problemas para conciliar el sueño y el consumo de café y el sexo masculino. **Conclusiones:** La prevalencia de síntomas dispépticos fue de 35% y existe una alta asociación entre los síntomas dispépticos y factores como: problemas para conciliar el sueño, consumir café, tener depresión y el sexo masculino, por lo que se recomienda que los hospitales y las instituciones universitarias tengan programa de detección precoz a esta patología altamente prevenible.

Palabras clave: prevalencia, dispepsia, internos de medicina, asociación (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

Objective: To establish the prevalence and to determine the factors associated with dyspeptic symptoms in internal medicine of the Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reategui and Santa Rosa de Piura, Peru, July - December, 2016. **Materials and methods:** Cross - sectional analytical study, applying a survey Closed in a single period of time (July - December 2016), analyzing later the association between the variables. The "A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia" test was used for the diagnosis of dyspeptic symptoms, among other tests. For the bivariate and multivariate analysis, generalized linear models were used, using the Poisson family with log link function, obtaining crude (RPc) and adjusted (RPa) prevalence ratios and their 95% confidence intervals. **Results:** Of the 60 respondents, 51.7% (31) were female, the median age was 24 years (range: 23-25 years). The prevalence of dyspeptic symptoms was 35%. The factors with the greatest association with dyspeptic symptoms were depression, problems sleeping and coffee consumption and males. **Conclusions:** The prevalence of dyspeptic symptoms was 35% and there is a high association between dyspeptic symptoms and factors such as: problems sleeping, consuming coffee, depression and male sex, so it is recommended that hospitals and university institutions have a program of early detection of this highly preventable pathology.

Key words: prevalence, dyspepsia, internal medicine, association (Source: MeSH)

I. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Dispepsia es un trastorno gastrointestinal, caracterizado por una sensación de disconfort o molestia, que se localiza en la región del epigastrio¹, el cual se acompaña de otros malestares tales como sensación de plenitud, distensión abdominal, entre otros². Se clasifica en orgánica y funcional según la causa que lo origine³.

Existen muchos estudios sobre la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de dispepsia de origen orgánico, sin embargo, la Dispepsia Funcional (DF) ha sido poco investigada debido a las dificultades para excluir la enfermedad etiológica⁴. La DF tiene algunas variedades, entre ellas tenemos: dispepsia con estómago vacío, o también llamada “dolor de hambre”, que calma cuando se ingieren alimentos o fármacos contra la acidez, y la dispepsia con estómago lleno, denominada también “dolor epigástrico postprandial”, que aparece cuando se ingieren alimentos y se precipita en menos de 60 minutos posterior a la ingestión de alimentos⁵.

A nivel mundial, se ha estudiado la prevalencia de esta patología, teniendo porcentajes diferentes según el tipo de población estudiada, se ha encontrado prevalencias que varían entre 11% y 29%^{4,5}. En nuestro país, trabajos respecto a esta patología se han realizado en la selva amazónica, determinando porcentajes de 37,6%, asociándose a los hábitos alimenticios⁶.

Asimismo, la dispepsia funcional es una patología de consideración, ya que su etiología es multifactorial, pudiendo intervenir diversas causas o factores⁷ que precipitan la aparición de esta entidad, como lo es, el consumo de tabaco, alcohol, antiinflamatorios, hábitos alimenticios, calidad de vida, factores biopsicosociales, económicos, etc^{8,9}. Diferentes investigaciones han evidenciado una cercana relación entre la dispepsia y alteraciones mentales. Se ha estudiado que cuando los individuos están padeciendo trastornos depresivos, con algún grado de estrés emocional o ansiedad, acusan molestias en el abdomen superior¹⁰ y remiten después de la terapia psicológica¹¹. Asimismo, se menciona que estos factores

psicológicos mantienen alto impacto en el nivel de complejidad o severidad de esta enfermedad¹².

Los internos de medicina, siendo aún, estudiantes en la última etapa de su formación, están expuestos a situaciones de estrés y se han detectado factores en la población estudiantil de las facultades de ciencias de la salud¹³, que demuestran que el 53% de estudiantes padecen síntomas de estrés, prevaleciendo sobre los primeros años de estudio¹⁴.

En efecto, se han determinado prevalencias altas de dispepsia en diversas poblaciones, por ejemplo, en una escuela de medicina de Austria se encontró un porcentaje de 14%¹⁵, mientras que en otra universidad de Brasil se ha encontrado 25% de dispepsia funcional¹⁶. Pese a que estos porcentajes varían de acuerdo al tipo de población, son importantes, y teniéndolos como referencia, ya que en nuestro país no se han diseñado estudios similares, en población de internos de medicina, ni se han buscado las posibles causas o factores que se relacionen o influyan en la aparición y desarrollo de esta patología, motivo por el cual me interesó realizar este estudio.

1.2. TRABAJOS PREVIOS

Veitia, en su estudio titulado: DF: Un enfoque terapéutico a considerar, recogió una serie de definiciones del Comité Roma para la definición de esta patología, integrando los conceptos como la presencia de dolor en el abdomen superior o epigastrio, que aparecía en los últimos 3 meses. Asimismo, afirmó que se debía a un complejo de factores sintomáticos y etiológicos. En este estudio concluyó que el tratamiento con fármacos encargados de inhibir la bomba de protones, encargados de la supresión del ácido, era muy importante y efectiva para el tratamiento y control del cuadro clínico en pacientes con algún trastorno del esófago.¹⁷

Tobon et al: Relación de factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles, encuestó a una población de 136 alumnos universitarios y encontró que la dispepsia funcional estaba asociado a un afecto

negativo. Asimismo, otro factor psicológico asociado fue el mayor número de sucesos de estrés durante su vida, todo ello influía en la aparición de síntomas gastrointestinales compatibles con dispepsia funcional.¹⁸

Theaux: Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de medicina de la Universidad Abierta Interamericana, recoge aspectos de mucho interés para este estudio, encuestaron a estudiantes de medicina durante 4 meses y encontrar que el 42,9% padecía de DF, respecto a las variables de interés, no se hallaron asociaciones estadísticas de dispepsia según el año de estudio, edad o sexo, encontraron que aquellos estudiantes que tenían antecedentes gastrointestinales tenían más probabilidad de padecer dispepsia funcional.¹⁹

Quezada Claudia: En su estudio de tesis en el 2012, acerca de dispepsia funcional en una población similar encontró que esta patología es frecuente en los internos de medicina ya que ellos se encuentran sometidos a diversos factores psicológicos, sociales y biológicos, y se encuentra asociada principalmente a trastornos psicológicos, por lo que recomendó realizar otro tipo de estudios en poblaciones más grandes, para confirmar estos resultados y así poder dar a conocer nuevos conocimientos.²⁰

1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA

La dispepsia, etimológicamente, “dys: mala”, “pepsia: digestión”, es una patología cuyo cuadro clínico se manifiesta en el tracto gastrointestinal superior. Existen 2 tipos de dispepsia, una Dispepsia Orgánica, cuando tenemos o identificamos una causa que determina su aparición, y en aquella que no existe un motivo que justifique, se denomina de tipo funcional o idiopática.²¹

Esta patología es uno de los motivos más frecuentes en la práctica clínica, en cualquier centro de atención primaria en salud así como en la de los servicios de Gastroenterología. Según los últimos consensos del año 2016, durante la presentación de los criterios Roma IV para dispepsia funcional, se definió como una condición clínica que repercute de manera significativa en la actividad habitual o diaria del individuo y se caracteriza por el siguiente cuadro clínico: dolor

epigástrico, saciedad temprana, plenitud postprandial y ardor en el epigastrio que no tiene explicación después de una evaluación médica de rutina. Además se confirmó que esta entidad comprende dos subclasificaciones: el síndrome de malestar postprandial, en el cual los síntomas se presentan después de la ingesta de alimentos y el síndrome de dolor epigástrico, cuyos síntomas pueden manifestar en ayuno, ser provocado por alimentos o calmar al ingerir alimentos. Estos cambios mínimos con respecto al Comité Roma III son menores, pero de gran importancia. Además en esta nueva clasificación se reconoce la infección por *Helicobacter pylori* como una causa secundaria de dispepsia. Se excluyen a los vómitos como un síntoma que indica alguna patología ajena a la dispepsia. Por último, se determina que la severidad de los síntomas debe ser, al menos, lo suficiente para describirlos como incómodos, es decir, con la adecuada intensidad, de manera que repercute sobre la actividad diaria o habitual del individuo. También se incluyó una frecuencia mínima para la presentación de los síntomas (al menos 3 días por semana para el Síndrome de malestar postprandial y al menos un día por semana para Síndrome de malestar epigástrico).

Al buscar información acerca de la relación de los síntomas dispépticos con algún factor psicológico encontramos un estudio realizado a estudiantes universitarios españoles, se estudió mediante aplicación de encuestas a 136 alumnos universitarios y se encontró que la dispepsia funcional estaba asociado a un afecto negativo. Asimismo, otro factor psicológico asociado fue el mayor número de sucesos de estrés durante su vida, todo ello tenía como consecuencia la aparición de síntomas gastrointestinales compatibles con nuestra variable principal, los síntomas dispépticos.

Veitia et al, en su estudio titulado: DF, un enfoque terapéutico a considerar, recogió una serie de definiciones del Comité Roma para la definición de esta patología, integrando los conceptos como la presencia de dolor en el abdomen superior o epigastrio, que aparecía en los últimos 3 meses. Asimismo, afirmo que se debía a un complejo de factores sintomáticos y etiológicos. En este estudio concluyo que el tratamiento con inhibidores de bomba de protones para la supresión del ácido era muy importante y efectiva para el control del cuadro clínico en pacientes con algún trastorno del esófago.

En Argentina, en una población similar a la que nosotros queremos estudiar, se encuestaron a estudiantes de medicina durante 4 meses y se encontró que el 42,9% padecía de dispepsia. Respecto a nuestras variables de interés, no se hallaron asociaciones estadísticas de dispepsia según el año de estudio, edad o sexo, mas sin embargo, el estudio concluyo que aquellos estudiantes que tenían antecedentes gastrointestinales tenían más probabilidad de padecer síntomas dispépticos, un dato importante a tener en cuenta.

El diagnóstico de los síntomas dispépticos es clínico, ya que no se considera necesario realizar exploraciones diagnósticas que complementen y ayuden al diagnóstico, es por eso que también se le conoce como “dispepsia no investigada”. Por el contrario podemos definir que existe dispepsia orgánica cuando tenemos algún método diagnóstico que esclarece y confirma este diagnóstico y justifica su etiología, específicamente, la endoscopia alta que ayuda a identificar la causa subyacente, y podemos hablar que la causa de dispepsia orgánica son muchas, pero entre las principales tenemos: la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la ulcera péptica y la más frecuente maligna es el adenocarcinoma gástrico.

Es entonces que el diagnóstico los síntomas dispépticos, es un diagnóstico de exclusión, el cual exige un cuadro clínico compatible y de todas maneras haber excluido y documentado ausencia de patología orgánica mediante endoscopia alta.

Existen estudios en el continente asiático y en el continente europeo, en donde la dispepsia funcional es más prevalente en poblaciones juveniles, encontrándose prevalencia que llegan hasta el 23%.

Otros países reportan que el 30% de su población total manifiestan haber sufrido alguna vez en las últimas 24 semanas síntomas de dispepsia, definiendo así que esta patología genera gran impacto socioeconómico.²¹

Estudios en América Latina realizados en estudiantes de medicina que cursan el internado médico demuestran porcentajes de dispepsia funcional que superan el 42%²²

La etiología de los síntomas dispépticos aún no se conoce con exactitud pero se ha implicado que diversos factores pueden estar relacionados a la aparición de la misma, por ejemplo: factores psicológicos que afecten la salud mental, como la ansiedad y depresión. Se ha demostrado asociación estadísticamente significativa entre los síntomas dispépticos y aquellas personas que padecen de estrés, ansiedad y depresión e incluso en aquellos que padecen trastornos al dormir, ya que esto puede influir en la calidad de vida de las personas y en sus relaciones interculturales pudiendo generar ausencia en el trabajo disminuyendo su productividad.

Los síntomas dispépticos pueden estar causada por múltiples factores que podrían intervenir en la aparición de la misma, y relacionarse entre sí, como por ejemplo, el consumo de tabaco, alcohol, AINES, algunos estilos de vida, hábitos alimenticios, factores psicológicos y socio-económicos. Además, otros estudios han evidenciado una directa y cercana relación entre la los síntomas dispépticos y trastornos mentales. Se ha demostrado que cuando un paciente está sufriendo depresión con algún grado de estrés ansioso o psicosocial, refieren síntomas abdominales y mejoran posterior al tratarse con terapia psicológica. Asimismo, se conoce que estos factores psicológicos tienen gran impacto en el grado de complicación y/o severidad de esta enfermedad.

La etiología de los síntomas dispépticos aún no se conoce con exactitud pero se ha implicado que diversos factores pueden estar relacionados a la aparición de la misma, por ejemplo: factores psicológicos que afecten la salud mental, como la ansiedad y depresión. Se ha demostrado asociación estadísticamente significativa entre los síntomas dispépticos y aquellas personas que padecen de estrés, ansiedad y depresión²² e incluso en aquellos que padecen trastornos al dormir²³, ya que esto puede influir en la calidad de vida de las personas y en sus relaciones interculturales pudiendo generar ausencia en el trabajo disminuyendo su productividad²⁴.

Esta patología puede aparecer en poblaciones expuestas, como lo son los internos de medicina, siendo estudiantes en el término del proceso de su formación, ya que algunos podrían presentar trastornos psicológicos, o podrían

tener influencia de hábitos contra su salud, como podría ser el consumo de alcohol o tabaco. Es por ello que nos planteamos realizar este estudio con la finalidad de identificar cuáles son los factores asociados a la aparición de esta enfermedad, así también identificar la prevalencia de DF en la población de internos de medicina, en los 3 nosocomios más importante de la ciudad de Piura.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados en internos de medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa, Piura, Período Julio – Diciembre 2016?

1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Los internos de medicina, siendo aún, estudiantes en la última etapa de su formación como futuros profesionales, están expuesto de manera constante a factores biopsicosociales, inadecuado estilo de vida, estrés académico que exige por naturaleza la carrera de medicina humana²⁵. Además, algunos presentan hábitos nocivos, como los es, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, esto asociado a que muchos padecen alteraciones psicológicas, como depresión, estrés, irritabilidad y ansiedad²⁶⁻²⁹, causas que podrían estar estrechamente relacionados a la aparición de afecciones de tipo gastrointestinales manifestados a través de síntomas dispépticos²⁹.

Las conclusiones y resultados que genere esta investigación nos dará a conocer la prevalencia de síntomas dispépticos y los factores asociados a síntomas dispépticos en los internos de medicina de los hospitales de nuestra población. Con esto, se pueden motivar a realizar próximos estudios que fortalezcan los vacíos respecto a esta enfermedad y promover medidas de prevención contra esta patología, mejorando así los estilos de vida de los internos de medicina.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

- Establecer la prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados en internos de medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa, Piura, Periodo Julio – Diciembre 2016.

1.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la prevalencia de síntomas dispépticos en internos de medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa, Piura, Periodo Julio – Diciembre 2016.

- Identificar los factores asociados a síntomas dispépticos en Internos de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa, Piura, Periodo Julio – Diciembre 2016.

- Establecer la asociación estadística entre síntomas dispépticos y los factores asociados en los Internos de Medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa, Piura, Periodo Julio – Diciembre 2016.

II. MÉTODO

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, analítico

2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental, de corte transversal.

2.2. VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

V1: Variable independiente:

Factores asociados: Edad, genero, estado civil, independencia económica, horario de alimentación, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de café, consumo de energizantes.

V2: Variable dependiente:

Prevalencia de síntomas dispépticos

VARIABLE – DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	SUB-DIMENSION	DEFINICIÓN DE LA SUB-DIMENSION	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	TECNICA / INSTRUMENTO
<p>Síntomas dispépticos</p> <p>Trastornos del tracto digestivo superior que se presentan especialmente después de las comidas. Según los criterios para dispepsia del "New questionnaire for the diagnosis of dispepsia"</p>	Cualitativa	<p>Sin dispepsia</p> <p>Menos de dos síntomas con menos de 3 puntos por respuesta</p> <p>Dispepsia con estómago vacío</p> <p>Presencia de síntoma 9 y cualquier otro con 3 o más puntos en cada uno</p> <p>Dispepsia con estómago lleno</p> <p>Presencia de síntoma 7 y cualquier otro con 3 o más puntos en cada uno</p> <p>Dispepsia con estómago vacío y lleno</p> <p>Presencia de síntoma 7 y 9 con 3 o más puntos en cada uno</p>	<p>1. Sensación de llenura fácil, con menos cantidad que de costumbre.</p> <p>2. Sensación de llenura o pesadez en la "boca del estómago" después de comer.</p> <p>3. Vinagreras o sensación de ardor que sube de la "boca del estómago" hacia el pecho.</p> <p>4. Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado) o amargo, o de alimentos.</p> <p>5. Náusea o ganas de vomitar.</p> <p>6. Vómitos de alimentos, jugo ácido, o bilis amarilla y amarga.</p> <p>7. Dolor o ardor en la "boca del estómago" inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.</p> <p>8. Tres o más eructos después de las comidas, o eructos sin haber comido.</p> <p>9. Dolor o ardor en la "boca del estómago" con estómago vacío y que calma al comer.</p>	<p>Ordinal Politómica</p> <p>Ordinal Politómica</p> <p>Ordinal Politómica</p> <p>Ordinal Politómica</p>	<p>Nunca(0) Poco (1) Medianamente (2) Mucho (3)</p> <p>Nunca(0) Poco (1) Medianamente (2) Mucho (3)</p> <p>Nunca(0) Poco (1) Medianamente (2) Mucho (3)</p> <p>Nunca(0) Poco (1) Medianamente (2) Mucho (3)</p>	Cuestionario "New questionnaire for the diagnosis of dispepsia"
<p>Factores asociados</p> <p>Aquellos probables influyentes en el desarrollo de la enfermedad</p>	Cualitativo	Sociales	<p>Edad en años de vida cumplidos</p> <p>Sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Procedencia</p>	<p>Cuantitativa Numérica Discontinua</p> <p>Nominal Dicotómica</p> <p>Ordinal Politómica</p> <p>Nominal Politómica</p>	<p>Número de años cumplidos</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Soltero Casado Divorciado Viudo</p> <p>Urbano Rural Urbano Marginal</p>	Cuestionario

		Consumo de tabaco	¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Menos de 10 () Entre 11 y 20 () Entre 21 y 30 () Más de 30 ()	Ordinal Dicotómica	No Si	Cuestionario Auto-administrado
		Consumo de alcohol	Bebedor social <1=0 Consumo de riesgo 2 punto=1 Consumo perjudicial <3= 2 Dependencia 4 puntos=3	Ordinal Dicotómica	No Si	
		Consumo de café	¿Consume café?	Ordinal Dicotómica	No Si	
		Consumo de energizantes	¿Consume bebidas energizantes?	Nominal Politómica	Nunca(0) A veces (1) Con frecuencia (2) Siempre (3)	
		Depresión	Escala de Depresión de Zung	Nominal Politómica	Nunca(0) A veces (1) Con frecuencia (2) Siempre (3)	
		Ansiedad	Escala de Ansiedad de Zung	Nominal Politómica	Nunca(0) A veces (1) Con frecuencia (2) Siempre (3)	

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

- Universo de Estudio: conformado por el total de internos de los Hospitales de Piura.
- Población: conformado por el total de internos del Hospital Cayetano Heredia (30), Jorge Reátegui (16), Santa Rosa (24), Piura, Perú.
- Muestra: estuvo conformada por los internos de medicina que participaron del estudio, Cayetano Heredia (28), Jorge Reátegui (12) y Santa Rosa (20). El muestreo fue no probabilístico, de tipo censal.
- Unidad de análisis: los internos de Medicina.
- CRITERIOS DE SELECCIÓN:

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN:
 - Estudiantes de medicina que se encuentren realizando el año de internado médico.
 - Internos de medicina que pertenezcan al Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui, y Santa Rosa, año 2016.
 - Internos de medicina de los hospitales antes mencionados que aceptaron participar en el estudio.
- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:
 - Estudiantes de medicina que no hayan iniciado el año de internado médico.
 - Internos de medicina que durante el año de internado médico se hayan retirado.
 - Internos de medicina que no pertenezcan a los hospitales anteriormente mencionados.
 - Internos de medicina que no aceptaron participar en el estudio: Cayetano Heredia (2), Jorge Reátegui (4), Santa Rosa (4).

2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento autoadministrado (“A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia”. Ver Anexo N°1), que incluían variables socio demográficas (edad, género, estado civil, procedencia, etc.), variables académicas y aquellas variables principales que fueron medidas a través de test validados con anterioridad a nivel internacional y nacional en poblaciones similares, Dispepsia (“A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia”, teniendo una sensibilidad del 95% y especificidad del 100%).

Para el diagnóstico de depresión y ansiedad, se utilizó el test de Zung. Además se utilizó para el consumo de tabaco, la escala validada en español de Fargerstrom,

sensibilidad 69% y especificidad 71%, y para el consumo de alcohol, la escala validada al español de CAGE, con sensibilidad 58% y especificidad de 87%.³⁰⁻³²

Para el diagnóstico de nuestra variable principal síntomas dispépticos, se utilizó el cuestionario "A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia", este instrumento contiene 9 interrogantes con opciones de respuesta que dependen de la frecuencia con que se presentan los síntomas. Se consideró una respuesta positiva cuando se tenga 3 puntos (medianamente) o 4 (mucho). Asimismo se determinó la presencia de las subvariables de dispepsia, con estómago lleno (pregunta siete y cualquier otro síntoma positivo), y con estómago vacío (pregunta nueve y cualquier otro síntoma positivo). En caso tenga la pregunta 7 y 9 positivas, se consideró dispepsia con estómago lleno y vacío, según lo determinó dicho instrumento.

Además para el diagnóstico de depresión y ansiedad, se utilizaron los test de Zung para diagnóstico de depresión y ansiedad, respectivamente. Son test que constan de 20 preguntas, de los cuáles, diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada ítem tiene un puntaje en una escala de 1-4 (nunca, a veces, con frecuencia, siempre). El rango de calificación tanto para ansiedad como para depresión es de 20-80, de entre los cuales, 25-49 rango normal, 50-59 depresión/ansiedad leve, 60-69 depresión/ansiedad moderada, 70 o más, depresión/ansiedad severa.

2.5. MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados fueron tabulados en el programa Microsoft Excel 2016, para su posterior filtrado y control de calidad. Luego, fueron procesados utilizando el paquete estadístico Stata 11.1, en donde se utilizó la estadística descriptiva, para las variables cuantitativas, fueron evaluadas para determinar su normalidad mediante la prueba estadística de Shapiro Wilk, y fueron descritas mediante las medias y desviación estándar, las variables cualitativas fueron descritas utilizando tablas de frecuencias y porcentajes.

Se realizó un análisis bi y multivariado por medio de regresión logística. Se obtuvieron los OR crudos (mediante el uso de la regresión logística de la variable dependiente con cada una de las variables medidas) y sus respectivos intervalos de confianza. Luego se utilizaron modelos lineales generalizados, se evaluaron por separado las variables que fueron significativas en el modelo final. Además, se brindaron los OR ajustados con sus respectivos intervalos de confianza.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se realizó con el permiso de las autoridades competentes del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui, Santa Rosa, de Piura. Además fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura.

III. RESULTADOS

De los 60 internos de medicina que participaron en el estudio, el 51,7% eran mujeres, el 46,7% de internos pertenecían al Hospital Cayetano Heredia, el 93,3% afirmaba estar soltero, el 58,3%(19) refería tener pareja, el 68.3% manifestaba no comer a sus horas, el 33,3% tenía problemas para conciliar el sueño. La mediana de edades fue de 24 (rango intercuartilico: 23 – 25), el 10% fumaba, el 35% consumía alcohol, el 40% consumía café y el solo el 15% consumía bebidas energizantes, como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Análisis descriptivo de los internos de medicina de los Hospitales Cayetano Heredia, Jorge Reátegui, Santa Rosa, Piura, Perú. Periodo Julio – Diciembre 2016

Características	Nº	%
Sexo		
Femenino	31	51,7
Masculino	29	48,3
Hospital Sede		
Cayetano Heredia	28	46,7
Jorge Reátegui	12	20
Santa Rosa	20	33,3
Estado civil		
Soltero	56	93,3
Casado	3	5
Divorciado	1	1,7
Tiene pareja		
No	25	41,7
Si	35	58,3
Come a sus horas		
No	41	68,3
Si	19	31,7
Problemas sueño		
No	40	66,7
Si	20	33,3
Edad*	24	(23 – 25)
Fuma		
No	54	90
Si	6	10
Toma alcohol		
No	39	65
Si	21	35
Consumo café		
No	36	60
Si	24	40
Consumo energizantes		
No	51	85
Si	9	15

Fuente: Internos del Hospital José Cayetano Heredia, Jorge Reátegui Delgado y Santa Rosa de Piura.

Según el test aplicado para diagnóstico de síntomas dispépticos “A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia”, se encontró que el 35% de internos, padecían de esta entidad patológica, esto luego de hacer el respectivo análisis según se describe en el apartado de Técnicas e instrumento de recolección de datos. Según los inventarios de Zung, el 51,7% padecía depresión, y solo el 36,7% de internos padecían ansiedad. Las características de estas afecciones se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Síntomas dispépticos, y otras afecciones en internos de medicina de los Hospitales Cayetano Heredia, Jorge Reátegui, Santa Rosa, Piura, Perú.
Periodo Julio – Diciembre 2016

Padecen	Nº	%
Síntomas dispépticos		
No	39	65
Si	21	35
Depresión		
Sin depresión	29	48,3
D. leve	13	21,7
D. moderada	16	26,7
D. severa	2	3,3
Ansiedad		
Sin ansiedad	38	63,3
A. leve	16	26,7
A. moderada	2	3,3
A. severa	4	6,7

Fuente: Internos del Hospital José Cayetano Heredia, Jorge Reátegui Delgado y Santa Rosa de Piura.

Al realizar el análisis bivariado se encontró una fuerte asociación entre síntomas dispépticos y el sexo ($p < 0,001$), el padecer de depresión ($p < 0,001$), y los problemas para conciliar el sueño ($p < 0,001$). Asimismo, los síntomas dispépticos estuvo asociada a tomar bebidas energizantes ($p = 0,005$) y el consumo regular de café ($p < 0,001$). Al realizar el análisis multivariado, se obtuvo que las variables que incrementaron la frecuencia de síntomas dispépticos fueron el hecho de padecer depresión (RPa: 1,38; IC95%: 1,14-1,66; valor $p = 0,001$), el tener problemas con el sueño (RPa: 1,32; IC95%: 1,11-1,57; valor $p = 0,002$) y el consumir café (RPa: 1,18; IC95%: 1,01-1,38; valor $p = 0,032$), además, disminuyeron la frecuencia de síntomas dispépticos el hecho de ser hombre (RPa: 0,73; IC95%: 0,67-0,79; valor $p < 0,001$), todo esto ajustado por el tomar bebidas energizantes, como se muestra en la Tabla número 3.

Tabla 3. Análisis bi y multivariado de síntomas dispépticos según variables socio-educativas en internos de medicina de 3 hospitales de Piura.

Variables asociadas a Síntomas dispépticos	Bivariado		Multivariado	
	RPc (IC95%)	p	RPa (IC95%)	p
Sexo masculino	0,67(0,62-0,72)	<0,001	0,73(0,67-0,79)	<0,001
Edad	1,03 (0,86 – 1,25)	0,717	1,22 (0,98 – 1,50)	0,072
Comer a sus horas	0,50(0,17-1,51)	0,223	0,48(1,42-1,63)	0,240
Depresión	1,76(1,50-2,06)	<0,001	1,38(1,14-1,66)	0,001
Ansiedad	0,54(0,19-1,46)	0,223	0,25(0,58-1,11)	0,068
Problemas con el sueño	1,47(1,27-1,70)	<0,001	1,32(1,11-1,57)	0,002
Fuma	0,95 (0,22-4,07)	0,942	0,07 (0,01 – 1,31)	0,076
Toma alcohol	1,14(0,47-2,76)	0,766	2,12(0,60 -7,50)	0,245
Toma café	1,30(1,17-1,46)	<0,001	1,18(1,01-1,38)	0,032
Toma bebidas energizantes	1,30(1,08-1,56)	0,005	1,13 (0,47 – 2,66)	0,645

Fuente: Internos del Hospital José Cayetano Heredia, Jorge Reátegui Delgado y Santa Rosa de Piura.

Al realizar el análisis individualizado, según sede hospitalaria en donde se realiza internado médico, se encontró que el 35,7% de internos padecía de síntomas dispépticos en el Hospital Cayetano Heredia, el 41,7% padecía de síntomas dispépticos en el Hospital Jorge Reátegui, y el 30% de internos padecía de síntomas dispépticos en el Hospital Santa Rosa. Luego de realizar un análisis de las variables asociadas para padecer síntomas dispépticos, se encontraron que los factores asociados en el Hospital Cayetano Heredia fueron: el sexo masculino ($p=0,002$), depresión ($p<0,001$), problemas con el sueño ($p=0,028$), el tomar café ($p=0,021$) y el tomar bebidas energizantes ($p=0,036$). Los factores asociados para el Hospital Reátegui fueron: problemas con el sueño ($p=0,004$), el tomar alcohol ($p=0,004$) y el tomar café ($p=0,022$). Por último, las variables asociadas para el Hospital Santa Rosa fueron: el sexo masculino ($p<0,001$), el padecer depresión ($p=0,003$), problemas con el sueño ($p=0,010$) y el tomar café ($p=0,041$), como se muestra en la Tabla número 4.

Tabla 4. Prevalencia de síntomas dispépticos y factores asociados, según hospitales sedes de internado médico, Piura.

Síntomas Dispépticos	Hospital Cayetano Heredia		Hotel Jorge Reátegui		Hospital Santa Rosa	
Prevalencia	nº	%	nº	%	nº	%
	10	35,7	12	41,7	20	30
Factores Asociados	Multivariado (Estadístico de asociación)		Multivariado (Estadístico de asociación)		Multivariado (Estadístico de asociación)	
	<i>valor p</i>		<i>valor p</i>		<i>valor p</i>	
Sexo masculino	0,002		0,065		<0,001	
Edad	0,094		0,091		0,063	
Comer a sus horas	0,124		0,182		0,135	
Depresión	<0,001		0,074		0,003	
Ansiedad	0,072		0,059		0,098	
Problemas con el sueño	0,028		0,004		0,010	
Fuma	0,066		0,071		0,085	
Toma alcohol	0,061		0,042		0,147	
Toma café	0,021		0,022		0,041	
Toma bebidas energizantes	0,036		0,458		0,680	

Fuente: Internos del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa de Piura

IV. DISCUSIÓN

Es importante hacer estudios en esta temática debido a la alta frecuencia de dispepsia en el mundo, teniendo en cuenta todas las dificultades que se presentan para investigar adecuadamente esta patología y descartar una causa orgánica. Sumado a que existe una categoría de dispepsia sin causa, llamada también dispepsia funcional, el cual no cuenta con un tratamiento específico como tal³³, es aquí donde se hace fundamental encontrar factores que puedan estar asociado con aparición y desarrollo³⁴, ya que esto permitiría tener una oportunidad de disminuir los riesgos de padecer esta patología, y de este modo reducir el impacto socioeconómico que trae para la población general, debido a las múltiples consultas, al ausentismo y a la reducción del rendimiento laboral y/o académico, que se presentan como resultado del amplio espectro sintomatológico; sobre todo, debido a que se ha reportado que en países en vías de desarrollo los problemas gástricos empiezan a temprana edad³⁵, lo que podría significar un riesgo para el padecimiento de estas y otras enfermedades gástricas.

La frecuencia de síntomas dispépticos encontrada en la población estudiada fue de 35%. Esto concuerda con un estudio realizado en una población universitaria que estudiaba carrera de salud, el cual reportó que el 44,4% padecía dispepsia²⁷. Sin embargo, este hallazgo es mucho mayor a otros porcentajes encontrados en otras poblaciones estudiantiles latinoamericanas, en donde uno de cuatro estudiantes de medicina de ocho facultades de medicina del Perú tenían dispepsia³⁶. Asimismo, en poblaciones latinas, específicamente en Nicaragua se encontraron prevalencias de dispepsia funcional de 25,8% y 35,6% para León y San Pedro del Norte, respectivamente³⁷, así también en estudios en países desarrollados, como Inglaterra (34%), Dinamarca (28%), Noruega (23%) y EEUU (26%)⁶; pudiendo deberse a las distintas características de las poblaciones evaluadas.

En relación a los datos obtenidos entre los factores que mayor se asocian a padecer síntomas dispépticos, tenemos: el consumir café estuvo asociado a

padecer dispepsia, esto concuerda con un estudio realizado en Colombia, en donde el 56,7% de pacientes con dispepsia tienen un alto consumo de café³⁸. Asimismo, Mahadeva y Goh afirman que el consumo de café, influye a tener sintomatología gastrointestinal alta⁴, esto se puede atribuir a la alta frecuencia de hábitos nocivos a los que se encuentran expuestos los estudiantes de ciencias de la salud, como son los internos de medicina.

Asimismo, nuestro estudio encontró que aquellos que padecen depresión tienen más asociación con padecer síntomas dispépticos, esto es similar a lo reportado en una investigación realizada por Tobón¹⁸ y en otra realizada por Da Silva³⁹, los cuales encontraron una relación entre los factores psicológicos con la dispepsia, aportando evidencia sobre la implicación del estrés psicosocial, las emociones negativas, los síntomas depresivos, trastornos psicopatológicos y determinados rasgos de personalidad en esta condición. Debido a su naturaleza multifactorial, se advirtió la necesidad de encontrar factores asociados que puedan ayudar a intervenir esta patología, y de este modo disminuir el efecto que esta trae tanto para el tracto gastrointestinal y otros órganos, así como para la misma psiquis de la persona que la padece, y como consecuencia su disminución en el desempeño académico.

Entre las limitaciones que se presentaron estuvieron: la incapacidad para realizar un entrevista clínica con cada uno de los encuestado, así como de realizar endoscopia, tamizaje para H. pylori, además de que no se excluyó enfermos con signos y síntomas de alarma, aquellos con enfermedades crónica, antecedentes de cirugías esófago-gástricas, consumidores crónicos de fármacos que pudieran incrementar o enmascarar los síntomas (AINE o IBP), por lo que en el estudio no se puede hacer diferenciación entre dispepsia funcional u orgánica y por ende nos limitamos a hablar de síntomas dispépticos.

V. CONCLUSIONES

- Después de haber aplicado el test (“A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia”), se encontró una prevalencia de 35% de síntomas dispépticos en los internos de medicina del Hospital Cayetano Heredia, Jorge Reátegui y Santa Rosa de Piura.
- Además, el sexo masculino, el tener depresión, problemas para conciliar el sueño y el consumir regularmente café fueron factores asociados a padecer síntomas dispépticos.
- Las prevalencias de síntomas dispépticos según sede hospitalaria de internado médico fueron: Hospital Cayetano Heredia (35,7%), Hospital Jorge Reátegui (41,7%), Hospital Santa Rosa (30%).
- Los factores asociados a síntomas dispépticos según sede hospitalaria de internado médico fueron: Hospital Cayetano Heredia (sexo masculino, depresión, consumo de café, consumo de bebidas energizantes, y problemas con el sueño), Hospital Jorge Reátegui (problemas con el sueño, consumo de alcohol, consumo de café), Hospital Santa Rosa (sexo masculino, depresión, problemas con el sueño y el consumo de café).
- Existió asociación estadísticamente significativa con los factores mencionados anteriormente.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios en otras poblaciones estudiantiles, tratando de investigar otros factores biopsicosociales, para lograr encontrar relaciones que se puedan extrapolar, y motivar a futuras investigaciones que puedan enriquecer las medidas preventivas para mejorar los estilos de vida de la población de los internos de medicina.

Asimismo, estas investigaciones ayudaran a implementar, en los hospitales, instituciones universitarias, programas de prevención a la comunidad estudiantil de internos de medicina, para disminuir la incidencia de síntomas dispépticos, por mencionar algunas de ellas:

- Brindar asesoría especializada por parte del Departamento de Psicología a los internos de medicina, antes de comenzar su año de internado y durante el año de internado, para de esta manera poder descartar patologías como la ansiedad, estrés, depresión, entre otras.
- Brinda asesoría especializada del departamento de Nutrición a los internos de medicina, para que así, puedan disminuir los hábitos nocivos en su alimentación, reduciendo la probabilidad de padecer afecciones gastrointestinales como los síntomas dispépticos.
- Intentar comer a sus horas, y recomendando la palabra “intentar”, ya que durante el internado médico es casi imposible tener un horario fijo de alimentación, pero las sedes hospitalarias, deberían tomar atención en este aspecto, ya que mejoraría el desempeño de sus internos.

- Mejorar los estilos de vida, a través de prácticas saludables, como disminuir el consumo de alcohol, ya que fue una variable asociada, de esta manera, también disminuirá el riesgo de padecer este tipo de afecciones.
- Controlar el estrés y la ansiedad, a través de técnicas de relajación, y pensando constantemente de manera positiva, esto llevará a los internos de medicina a disminuir la probabilidad de padecer síntomas depresivos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Tobón, Sergio, Bonifacio Sandín, Stefano Vinaccia, y Ariel César Núñez Rojas. «La Dispepsia Funcional: Aspectos Biopsicosociales, Evaluación Y Terapia Psicológica». *Suma Psicológica* 15, n.o 1 (2008): 199-216.
- 2.-Lee, Heon-Jeong, Sun-Young Lee, Jeong Hwan Kim, In-Kyung Sung, Hyung Seok Park, Choon Jo Jin, Seung-Gul Kang, Hiejin Yoon, y Hoon Jai Chun. «Depressive Mood and Quality of Life in Functional Gastrointestinal Disorders: Differences Between Functional Dyspepsia, Irritable Bowel Syndrome and Overlap Syndrome». *General Hospital Psychiatry* 32, n.o 5 (octubre de 2010): 499-502.
- 3.- Moss AC, Kelly CP. Reflux, dyspepsia, and disorders of the foregut. *South Med J.* 2007 Mar;100(3):266-72; quiz 73, 94.
- 4.- Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World J Gastroenterol.* 2006 May 7;12(17):2661-6.
- 5.- León B. Enjuiciamiento crítico de los Transtornos Digestivos Funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. *DIAGNOSTICO.* 2006;43
- 6.- H. Curioso W, Donaires mendoza, Ninoska, Bacilio Zerpa, Carlos et al. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la Selva Peruana. *Rev gastroenterology.* 2002.;22(2):11.
- 7.- Miwa H, Watari J, Fukui H, Oshima T, Tomita T. [Pathogenesis and management of functional dyspepsia]. *Nippon Rinsho.* 2010 Jul;68(7):1391-401.
- 8.- Tobón S, Vinaccia S, Sandín B. Estudio preliminar de validez y confiabilidad del cuestionario PAGI-SYM para determinar síntomas de dispepsia acorde con la calidad de vida. *Revista Colombiana de Gastroenterología.* 2006;21:268-74.

- 9.- Veldhuyzen van Zanten SJ, Chiba N, Armstrong D, Barkun AN, Thomson AB, Mann V, et al. Validation of a 7-point Global Overall Symptom scale to measure the severity of dyspepsia symptoms in clinical trials. *Aliment Pharmacol Ther.* 2006 Feb 15;23(4):521-9.
- 10.- De la Roca-Chiapas JM, Solis-Ortiz S, Fajardo-Araujo M, Sosa M, Cordova-Fraga T, Rosa-Zarate A. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study. *J Psychosom Res.* 2010 Jan;68(1):73-81.
- 11.- Kang YS, Choi SY, Ryu E. The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Educ Today.* 2009 Jul;29(5):538-43.
- 12.- Ndububa DA, Agbakwuru EA, Olasode BJ, Aladegbaiye AO, Adekanle O, Arigbabu AO. Correlation between endoscopic suspicion of gastric cancer and histology in Nigerian patients with dyspepsia. *Trop Gastroenterol.* 2007 Apr-Jun;28(2):69-71.
- 13.- Collier R. Imagined illnesses can cause real problems for medical students. *CMAJ.* 2008 Mar 25;178(7):820.
- 14.- Bohórquez AP. Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
- 15.- Hoffmann KM, Eherer AJ, Krejs GJ. Are dyspeptic symptoms linked to *Helicobacter pylori*? A prospective cohort study among medical students. *Wien Klin Wochenschr.* 2003 Mar 31;115(5-6):175-8.
- 16.- Sobral DT, Vidigal KS, Farias e Silva K. [Digestive symptoms in young individuals: survey among medical students]. *Arq Gastroenterol.* 2001 Jan-Mar;28(1):27-32.
- 17.- Veitía G. Dispepsia Funcional: Un enfoque terapéutico a considerar. 2015.

- 18.- Tobón S, Rojas ACN. Relación de factores psicológicos con los síntomas de dispepsia en estudiantes universitarios españoles. Artíc En PDF Dispon En [www Elsevier](http://www.Elsevier.com) *Essumapsicol*. 2008;14(1):93-106
- 19.- Theaux A. Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana [Internet]. [Argentina]: Universidad Abierta Interamericana.
- 20.- Quezada-Osoria C. Factores asociados a dispepsia funcional en internos de medicina del Hospital de Apoyo II-2 de Sullana desde Enero – Diciembre del 2012. [Perú]: Universidad Nacional de Piura; 2012.
- 21.- Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*. XVII. España: Elsevier; 2012.
- 22.- Benites Velásquez BB, Bellido Boza LE. Asociación de la dispepsia funcional con los factores psicológicos y los hábitos alimentarios en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNMSM, Lima – Perú
- 23.- Lacy BE, Everhart K, Crowell MD. Functional dyspepsia is associated with sleep disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2011; 9: 410-414.
- 24.- Brook RA, Kleinman NL, Choung RS, Melkonian AK, Smeeding JE, Talley NJ. Functional dyspepsia impacts absenteeism and direct and indirect costs. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8: 498-503.
- 25.- Gupta S, Ray TG, Saha I. Overweight, obesity and influence of stress on body weight among undergraduate medical students. *Indian J Community Med*. 2009 Jul;34(3):255-7.
- 26.- Ahmed I, Banu H, Al-Fageer R, Al-Suwaidi R. Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*. 2009 Sep;24(3):e1-7.
- 27.- Jadoon NA, Yaqoob R, Raza A, Shehzad MA, Zeshan SC. Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *J Pak Med Assoc*. 2010 Aug;60(8):699-702.
- 28.- Gibbons C. Stress, coping and burn-out in nursing students. *Int J Nurs Stud*. 2010 Oct;47(10):1299-309.

- 29.- Tam Phun E, dos Santos CB. [Alcohol consumption and stress in second year nursing students]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 May-Jun;18 Spec No:496-503.
30. Murrugarra B, Barúa L, Seminario BR, et al. A new questionnaire for the diagnosis of dyspepsia. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2012; 32: 25-28.
31. Becoña E, Vázquez, F. The Fagerström Test for Nicotine Dependence in a Spanish sample. *Psychological Reports* 2008; 83: 1455-1458.
32. Rodríguez A, Navarro RM, Vecino C, et al. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 2010; 11: 132-139.
33. Longstreth GF. Functional dyspepsia--managing the conundrum. *N Engl J Med* 2006;354:791-3.
34. Oliveira SS, Dos-Santos IS, Silva JF, et al. Prevalência de dispepsia e fatores sociodemográficos. *Rev Saúde Pública* 2006;40:420-7.
35. Mejia CR, Vera CA, Huiza-Espinoza L. Asociación entre gastritis folicular y *Helicobacter pylori* en niños atendidos en un hospital público peruano. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81(2):80-5
36. Vargas M, Talledo-Ulfe L, Samaniego RO, Heredia P, Rodríguez CAS, Mogollón CA, Enriquez WF, Mejia CR. Dispepsia funcional en estudiantes de ocho facultades de medicina peruanas. Influencia de los hábitos. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016;46(2):95-101
37. Peña Galo E. Dispepsia funcional no investigada y factores demográficos y patogenéticos asociados en áreas rurales del occidente nicaragüense, 2009-2010. 2010 [citado 11 de agosto de 2016]
38. Cano E, Quiceno J, Vinaccia S, et al. Quality of life and associated psychological factors in patients with functional dyspepsia. *Univ Psychol* 2006;5:511-20.
39. Da SILVA RA, Pinheiro RT, Horta BL, et al. Dispepsia funcional e depressão como fator associado. *Arq Gastroenterol* 2006;43:293-8.

40. Carmona-sanchez R, NEUROGASTROENTEROLOGIA Y MOTILIDAD: Dispesia funcional, Rev Gastroenterol Mex. 2016; 81(supl 1): 50- 52, aceptado 23 junio de 2016

ANEXO 01

PREVALENCIA DE SINTOMAS DISPEPTICOS Y FACTORES ASOCIADOS EN INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL CAYETANO HEREDIA, JORGE REATEGUI Y SANTA ROSA, PIURA, PERU.

La encuesta que tiene en sus manos es parte de una investigación y cuenta con la aprobación de un Comité de Ética e Investigación de certificado por la Universidad Cesar Vallejo Filial Piura. Su participación en este estudio es voluntaria, con el llenado de la encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar en la investigación. Los datos proporcionados son confidenciales y anónimos. Los resultados de esta investigación servirán para la realización y ejecución de mi tesis. **Responda con "X" las preguntas de marcar.**

PRIMERA SECCIÓN: DATOS GENERALES Hospital _____ donde _____ realiza internado: _____

- **Género:** Masculino () Femenino () **Edad:** _____ años
- **Rotación de internado:** _____
- **Estado civil:** _____ **Actualmente Ud.:** Tiene pareja () No tiene pareja ()
- **Con quien vive usted:** Solo(a) () Con mi pareja () Padres, hermanos () Amigos () Otros familiares ()
- **Para solventar los gastos diarios:** Recibe dinero de sus familiares () Trabaja () Trabaja y recibe dinero de sus familiares ()
- Año de ingreso a la universidad: _____ **Semestre académico que cursa actualmente:** _____
- Rotación de internado que ha cursado en los últimos 2 meses: _____
- Ha desaprobado algún curso el semestre anterior: No () Si ()
- ¿Cuántas horas al día que le dedica al estudio **fuera del horario de la universidad?** _____ horas
- Medidas antropométricas: Peso: _____ kg. Talla: _____ centímetros.
- Le han diagnosticado previamente alguna enfermedad gastrointestinal. No () Si (), Cuál(es): _____
- Tiene problemas para conciliar el sueño y/o despertares nocturnos: No () Si ()
- Come todos los días el mismo número de comidas y en un horario con variación no mayor a 1 hora: No () Si ()
- Lugar donde se alimenta: Casa donde vive () Pensión () Comedor universitario () Vendedores ambulantes () Otros: _____

SEGUNDA SECCIÓN: HÁBITOS

- **Fuma:** No () Si () *Si la respuesta es Sí, responda los ítems a continuación.*
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarro? () Hasta 5 minutos () De 5 a 30 minutos () De 31 a 60 minutos () Más de 60 minutos
- ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido? No () Si ()
- ¿Qué cigarro le costará más dejar de fumar? () El primero de la mañana () Cualquier otro

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? Menos de 10 () Entre 11 y 20 () Entre 21 y 30 ()
) Más de 30 ()

¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse? No () Si ()

¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que estar en cama? No () Si ()

• **Toma bebidas alcohólicas:** No () Sí () *Si la respuesta es Sí, responda los ítems a continuación*

¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? No () Si ()

¿Le ha molestado alguna vez que la gente critique su forma de beber? No () Si ()

¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? No () Si ()

¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? No () Si ()

• **Consume frecuentemente café:** No () Si () *Si la respuesta es sí responda el siguiente ítem:*

Consumo: De 1 a 3 tasas al día () De 3 a 5 tasas al día () Más de 5 tasas al día ()

• **Consumo bebidas energizantes:** No () Si () *Si la respuesta es sí responda el siguiente ítem.*

Consumo: 1 vez en 4 semanas () De 2 a 4 veces en 4 semanas () De 2 a 3 veces a la semana () De 4 a más veces a la semana ()

TERCERA SECCIÓN: *Complete en la siguiente tabla con una "X" en el recuadro que crea correspondiente. Si usted ha presentado las siguientes molestias durante los últimos 2 meses.*

SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES	Nunca o raramente	Poco	Media namente	Mucho
Sensación de llenura fácil, con menos cantidad que de costumbre.				
Sensación de llenura o pesadez en la "boca del estómago" después de comer.				
Vinagreras o sensación de ardor que sube de la "boca del estómago" hacia el pecho.				
Regreso desde el estómago hasta la garganta de contenido ácido (avinagrado) o amargo, o de alimentos.				
Náusea o ganas de vomitar.				
Vómitos de alimentos, jugo ácido, o bilis amarilla y amarga.				
Dolor o ardor en la "boca del estómago" inmediatamente (o menos de una hora) después de comer.				
Tres o más eructos después de las comidas, o eructos sin haber comido.				

Dolor o ardor en la “boca del estómago” con estómago vacío y que calma al comer.				
--	--	--	--	--

- Sin dispepsia (menos de dos síntomas con menos de 3 puntos por respuesta)=0
- Dispepsia con estómago vacío (presencia de síntoma 7 y cualquier otro con 3 o más puntos en cada uno)=1
- Dispepsia con estómago lleno (presencia de síntoma 9 y cualquier otro con 3 o más puntos en cada uno)=2
- Dispepsia con estómago lleno y vacío (presencia de síntoma 7 y 9 con 3 o más puntos en cada uno)=3
- Cada ítem o síntomas positivos es un punto

Cada síntoma puede ser desde 0 hasta 3 puntos según intensidad

¿Con qué frecuencia se ha sentido de esta manera en los últimos 2 meses?

SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	Por las mañanas es cuando me				
3	Tengo acceso de llanto o ganas de				
4	Duermo mal.				
5	Tengo tanto apetito como antes.				
6	Aún me atraen las personas de sexo				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo trastornos intestinales y				
9	Me late el corazón más a prisa que				
10	Me canso sin motivo.				
11	Tengo la mente tan clara como				
12	Hago las cosas con la misma				
13	Me siento nervioso(a) y no puedo				
14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy más irritable que antes.				
16	Me es fácil tomar decisiones.				
17	Me siento útil y necesario.				
18	Me satisface mi vida actual.				

19	Creo que los demás estarían mejor				
20	Disfruto de las mismas cosas que				

SÍNTOMAS EN LOS ÚLTIMOS 2 MESES		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento mas nervioso (a) y ansioso (a) que de costumbre				
2	Me siento con temor sin razón.				
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en				
5	Siento que todo esta bien y que nada malo				
6	Me tiemblan las manos y las piernas.				
7	Me mortifican los dolores de cabeza, cuello o				
8	Me siento débil y me canso fácilmente.				
9	Me siento tranquilo (a) y puedo permanecer en				
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.				
11	Sufro de mareos.				
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a				
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente.				
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las				
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.				
16	Orino con mucha frecuencia.				
17	Generalmente mis manos están secas y				
18	Siento bochornos.				
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso				
20	Tengo pesadillas.				

- **Zung:**
- Rango de calificación es de 20-80
 - 25-49 rango normal
 - 50-59 ligeramente deprimido
 - 60-69 moderadamente deprimido
 - 70 a más severamente deprimido

Test de Fagerström de dependencia a la nicotina

Pregunta	Respuesta	Puntaje
1.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	31 a más	3
2.- ¿Cuánto tiempo pasa, desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo?	Menos de 5 minutos	3
	6 a 30 minutos	2
	31 a 60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
3.- ¿Fuma más en las mañanas?	SI	1
	NO	0
4.- ¿Tiene dificultad para no fumar en lugares donde está prohibido?	SI	1
	NO	0
5.- ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	El primero del día	1
	Cualquier otro	0
6.- ¿Fuma cuando no se encuentra bien o cuando está enfermo en cama?	SI	1
	NO	0
	Puntaje total	

Puntaje :

0- 3 dependencia baja

4-6 dependencia moderada,

7- 10 dependencia alta

Según la OMS (2006) el tipo de consumo está asociado con el número de cigarrillos consumidos al día , así que ha desarrollado como estrategia, para evaluar el nivel de consumo asumiendo como factor principal la frecuencia diaria de consumo, sin tener en cuenta otros aspectos clave como la intensidad de la ingesta y los problemas asociados al consumo. Así de acuerdo con la OMS (2003) los fumadores se clasifican en leves, moderados y severos en la siguiente escala:

- Fumador leve: consume de 5 cigarrillos diarios

- Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.

Cuestionario CAGE:

- Fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas...) y poblaciones. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso del alcohol.
- Ha sido también modificado para el screening de abuso de drogas (CAGE-AID) y puede ser incorporado en la historia clínica rutinaria ya que su mayor ventaja es la brevedad

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos? Have you felt the need to Cut down drinking? Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber? Have you ever felt Annoyed by criticismo of drinking? Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo del alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber? Have you had Guilty feelings about drinking? Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo del alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior? Do you ever take a morning Eye opener (a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover)? Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

- Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo cuestionario, a pesar del punto de corte considerado.
- Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia De este modo:
 - 0-1 Bebedor social
 - 2 Consumo de riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para diagnóstico de abuso/dependencia.
 - 3 Consumo perjudicial
 - 4 Dependencia alcohólica