

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**



**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA EN  
PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON  
REQUERIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL  
IESS CUENCA – ECUADOR, PERIODO NOVIEMBRE DEL 2016 –  
MAYO 2017**

**AUTOR:**

**JUAN PABLO RÍOS MOLINA**

**DIRECTOR:**

**DR. FERNANDO CORNEJO**

**CUENCA – ECUADOR**

**AÑO 2017**

# INDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
CAPITULO I.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	8
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN .....	10
CAPITULO II.....	11
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	11
2.1 ANTECEDENTES .....	11
2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS .....	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS .....	18
2.4 HIPÓTESIS .....	19
CAPITULO III .....	19
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN. ....	19
3.1 OBJETIVO GENERAL .....	19
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS. ....	19
CAPITULO IV .....	20
4. DISEÑO METODOLÓGICO .....	20
4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO .....	20
4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. ....	21
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	21
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN .....	21
4.5 PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS.....	22
4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES .....	23
-Orgánica .....	23
CAPITULO V.....	25
5. RESULTADOS .....	25
5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO .....	25
5.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	25
5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	25
CAPITULO VI .....	31
6. DISCUSIÓN .....	31
CAPITULO VII.....	35
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA.....	35
7.1 CONCLUSIONES .....	35
7.2 RECOMENDACIONES .....	36
7.3 BIBLIOGRAFÍA .....	37
ANEXOS .....	43

## **Dedicatoria**

Este trabajo es dedicado a Dios y mi familia por la fe puesta en mí, además del Hospital José Carrasco Arteaga y Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, centros académicos formadores de profesionales de la Salud en los cuales pude adquirir los conocimientos necesarios para ejercer finalmente la medicina al servicio del Pueblo.

## **Agradecimiento**

Al Doctor Fernando Cornejo, Autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca y Hospital José Carrasco Arteaga por su colaboración científica, metodológica e información requerida para la elaboración de la misma.

## RESUMEN

**Antecedentes:** La dispepsia presenta una elevada prevalencia, alrededor de 25% en la población general, constituyendo de esta manera un motivo de consulta frecuente e impactando en el ámbito laboral, económico, sanitario y personal.

**Objetivo General:** Determinar la prevalencia de dispepsia y sus factores asociados en los pacientes de 40 a 50 años atendidos con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

**Metodología:** Se realizó una investigación descriptiva, prospectivo con 107 pacientes de 40 a 50 años, atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017. El estudio estadístico se basó mediante SPSS v19.0 (9).

**Resultados esperados:** La edad promedio de pacientes intervenidos fue de **45,72 ± 3,41** años, el 68,2% fueron mujeres con secundaria terminada o primaria terminada; principalmente son casados y de zonas urbanas. La prevalencia de dispepsia, fue de **52,7%**, funcional el 54,2% y orgánica el 45,8%. Predomina los de menos de 4 meses (34,6%) con dispepsia, seguido de los de más de un año padeciéndola (28,0%). El 44,9% son de etiología infecciosa (por *Helicobacter Pylori*), en el 34,6% fue considerada multifactorial. Los síntomas predominantes

fueron: epigastalgia (85,0%), distensión abdominal (53,3%), ardor (50,5%) y llenura precoz (40,2%). El 54,2% presentaron lesiones semiulserosas a nivel de la mucosa no significativas y el 23,4% erosiones.

**Conclusiones:** La prevalencia de dispepsia en los pacientes de 40 a 50 años atendidos por patologías gastrointestinales en el IESS - Cuenca, en el período escogido fue alta (más del 50%) y los principales factores asociados son la infección con *Helicobacter pylori*, el descuido ante la aparición de los síntomas, así como el consumo de alcohol y el empleo indiscriminado de fármacos orales para curar dolencias.

**Palabras clave:** dispepsia, endoscopía, prevalencia, factores asociados.

## **ABSTRACT**

**Background:** Dyspepsia presents a lofty prevalence, around 25 % in the general population, constituting a motive of frequent consultation this way and causing impact in the labor, cost-reducing, sanitary and personal space.

**General objective:** Determining the prevalence of dyspepsia and his factors once 50 years were associated to in the patients of 40 taken care of by dyspepsia with endoscopic intervention in the Hospital José Carrasco Arteaga, from November 2016 to March de2017.

**Methodology:** A descriptive research came true, prospective with 107 patients from 40 to 50 years taken care of by dyspepsia with endoscopic intervention in the Hospital José Carrasco Arteaga, from November 2016 to March 2017.El statistical analysis v19.0 came true by means of SPSS.

**Proven to be expected:** The mean age of the patients was of **45.72±3.41** years, the 68.2 % were womanly and with finished secondary school or finished primary school. They are principally married and of urban areas. The prevalence of dyspepsia, belonged to **52.7** %, functional the 54.2 % and organic the 45.8 %. He predominates the ones of less than 4 months (34.6 %) with dyspepsia, frequently

of the ones of more of a year suffering it (28.0 %). The 44.9 % become of infectious etiology (for *Helicobacter Pylori*), in the 34.6 % it was considered multifactorial. The predominant symptoms were: epigastralgia (85.0 %), abdominal distension (53.3 %), ardor (50.5 %) and precocious filling (40.2 %). The 54.2 % showed Injuries not significant and the 23.4 % erosions.

**Findings:** The prevalence of dyspepsia in the patients of 40 to 50 years taken care of by gastrointestinal problems in the IESS - Cuenca, in the chosen period was high (more of the 50 %) and the correlated number one factors are the infection with *Helicobacter pylori*, the oversight before the appearing of the symptoms, as well as the alcohol intake and the indiscriminate job of pharmaceuticals, pray to them to heal illnesses.

**Key words:** Dyspepsia, endoscopy, prevalence, correlated factors.

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCIÓN

A una enfermedad persistente sin mortalidad inmediata se le considera crónica, por lo que se dispone en larga data, recomendando como tratamiento cambio de costumbres en lo que respecta a la alimentación y cambios reales en estilo de vida en las personas que la padecen. Por lo que se le considera como una enfermedad crónica a la dispepsia funcional y la no ulcerosa, dicha patología se manifiesta con dolor a nivel de epigastrio de leve-moderada intensidad. También se le considera como patologías de múltiples causas llevando a sintomatología clásica como saciedad en un corto periodo de tiempo, sensación de nauseas o vomito más abdomen distendido y molestia epigástrica tipo quemante (1).

Tomando en cuenta los libros de medicina y artículos de importancia existen causas de origen orgánico como lo son la úlcera péptica, carcinoma gástrico o esofágico, reflujo gastroesofágico, carcinoma pancreático, además de trastornos alimentarios, farmacológicos, vías biliares más sistémicas y otras enfermedades sistémicas (1).

Basándose en estudios médicos se considera que la prevalencia en occidente es alrededor del 20% al 25% en general, además de tener en cuenta a profesionales de la psicología tomando en cuenta las causas psicológicas que finalmente son coadyuvantes (estrés) para originar o empeorar sintomatología de una patología dispéptica y sus factores asociados. La presencia de *Helicobacter Pylori* junto a trastornos psico-sociales pueden tener un factor adicional negativo a dicha patología de base, además de tomar en cuenta conductas sanitarias en cuidados alimenticios, según el Ministerio de Salud Pública. (1).

En estudios realizados en Perú (Novoa y Cols, 2004), indican que el nivel de prevalencia de una patología dispéptica se encuentra en variante entre 12% y 45% en distintas personas y grupos poblacionales a nivel global, se interpreta del 21% a 39% de las consultas externas en la especialidad de gastroenterología en Estados Unidos y entre 25% a 40% en Perú, y más del 50% de la población global y entre el 58% y 83,2% de ciudadanos del Perú, mantienen infección latente de mucosa gástrica con presencia de *Helicobacter Pylori* y está en relación a un incremento de prevalencia a dispepsia ocasionada por dicho agente. En otro momento y circunstancia de los pacientes con dispepsia funcional los casos evidentes diagnosticados de infección con *Helicobacter Pylori* es 23% más en una población general (2).

Por otro lado, el Hospital José Carrasco Arteaga, es el lugar de investigación para la elaboración del trabajo de titulación denominado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON REQUERIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA, EN EL IESS CUENCA – ECUADOR", durante el mes de noviembre 2016 a mayo 2017. Tomando en consideración que, en él, se realizan aproximadamente quince endoscopias y colonoscopias diarias, aplicadas por los diferentes signos y síntomas del paciente asociados a patologías gástricas.

Dichos procedimientos implican tiempo, costo, mantenimiento y funcionamiento del equipo; esperando encontrar causa patológica gástrica, por lo que antes de efectuar dicho procedimiento se necesita un buen criterio clínico, pues al no realizar una correcta evaluación médica al paciente, se podría desperdiciar recursos institucionales y gubernamentales afectando la atención médica a pacientes que verdaderamente necesitan de una intervención endoscópica, basada en un cuadro clínica de altas posibilidades gastroenterológicas.

Haciendo posible mediante esta investigación determinar e identificar la prevalencia de dispepsia y sus factores asociados en pacientes de 40 a 50 años atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el IESS Cuenca; de la misma manera se pretende confirmar lo planteado sobre alta prevalencia de la dispepsia en nuestra población, como el resto de las poblaciones de nuestra área geográfica, así como los factores que la condicionan, lo que servirá a médicos, enfermeras y a los pacientes en general que se enfrentan diariamente con esta patología.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Se considera dispepsia al conjunto de síntomas y signos asociados al sistema digestivo del tracto superior causantes de malestar epigástrico con o sin patología de base identificada claramente sea orgánica u inorgánica, funcional o no funcional(3).

Una técnica altamente efectiva es la endoscopia digestiva alta, **esta** es de mayor utilidad para el diagnóstico y toma de muestras referidas a histopatología como uso rutinario y así poder proceder a un manejo terapéutico (2,4).

Al poseer equipos de alta calidad tecnológica como endoscopios compuestos de fibra y video-endoscopios para el diagnóstico presuntivo de patologías del tracto digestivo superior ha tenido un gran avance por lo que actualmente la endoscopía digestiva alta es el método diagnóstico de primera elección para el

estudio completo de esófago, mucosa gástrica y duodenal por su alta sensibilidad y especificidad diagnóstica a comparación de otros métodos imagenológicos, alcanzando finalmente una sensibilidad para un diagnóstico entre 85% a 98% (5).

Un gran número de este tipo de pacientes, teniendo en cuenta la necesidad de evidenciar una patología digestiva se somete a una endoscopia digestiva alta, la cual se considera como un método seguro con un porcentaje de complicaciones menor al 2% además su incidencia va en aumento al proceder a la toma de biopsias o realización de procedimientos terapéuticos. Sin embargo la mortalidad es de 0.5 a 3% según estudios realizados por este método. Finalmente tenemos en cuenta que una endoscopia digestiva alta es un método diagnóstico, pronóstico y terapéutico (6).

Actualmente se toma en cuenta que el 25 a 45% de pacientes padecen un vaciamiento gástrico lento, además el 40% mantiene una alteración de posición gástrica y una alta sensibilidad de la víscera puede producirse en una tercera parte de los pacientes. Se debe tener en cuenta otro tipo de mecanismos que ocasionan alteraciones como polimorfismos de origen genético, procesos infecciosos y por último factores psico-sociales como puede ser el estrés (7).

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La dispepsia presenta una elevada prevalencia, alrededor de 25% en la población general, constituyendo de esta manera un motivo de consulta frecuente e impactando en el ámbito laboral, económico, sanitario y personal. Es comúnmente referida como aquel malestar centrado en la parte media y superior del abdomen, la misma que incluye síntomas como náuseas, distensión abdominal, flatulencia, eructos, saciedad precoz, vómitos, entre otros (5).

Las patologías del tracto digestivo superior son de espectro muy amplio y una de las molestias más frecuentes por las que acuden los pacientes a los servicios de consulta de atención primaria y gastroenterología es la dispepsia (5).

En Ecuador a pesar de constituir un importante problema de salud, las investigaciones al respecto son pocas, analizar los resultados de investigaciones foráneas e insertarlos en nuestro contexto lleva siempre implícito el riesgo que no sean totalmente compatibles, sobre todo en esta patología de múltiples etiologías y factores asociados. Por todo esto se hace necesario realizar un estudio en pacientes con dispepsia para conocer cómo se comporta la prevalencia de esta patología y los factores que se asocian a esta (5).

Teniendo en cuenta lo planteado nos proponemos las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de pacientes con síntomas de dispepsia en edad de 40 a 50 años atendidos en el IESS – Cuenca, en el período escogido?
- ¿Qué factores están asociados a esta patología?

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

La dispepsia constituye una problemática de salud pública en todos los países actualmente, muchos factores individuales, familiares y sociales están asociados a su aparición (5).

En nuestro país no existen cifras oficiales sobre ésta patología, debido a la carencia de estudios científicos y publicaciones indexadas, las estadísticas que se obtengan en este estudio podrán mostrar indicadores actuales sobre la prevalencia de la dispepsia y los factores asociados a la misma (5).

Con esta perspectiva realizaremos el estudio con los pacientes de 40 a 50 años atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de 2016 a 2017, y así conocer el estado actual de la problemática.

Se pretende confirmar lo planteado sobre alta prevalencia de la dispepsia en nuestra población, como el resto de las poblaciones de nuestra área geográfica, así como los factores que la condicionan, lo que servirá a médicos, enfermeras y a los pacientes en general que se enfrentan diariamente con esta patología.

## **CAPITULO II**

### **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

#### **2.1 ANTECEDENTES**

Un estudio Iraní del año 2015, analizó a un grupo étnico de migrantes nómadas en la provincia de Fars. El mismo analizó a 397 personas mayores a 25 años con el fin de identificar los factores de riesgo que favorecen a la aparición de enfermedades digestivas, lo cual modifica su calidad de vida (8).

Otro notorio estudio iraní también analizó prevalencia de dispepsia en adultos. Este estuvo dirigido a una población en Kerman en el año 2010 a la vez que analizó los factores de riesgo. La muestra fue extensa, 2210 pacientes en edades promedio de 43,4 años (9).

En Cuba en el año 2014, Morera Negre y Rodríguez López realizaron un estudio descriptivo a una muestra de 730 pacientes escogidos intencionalmente concluyendo una preponderancia de la enfermedad en pacientes en la 4ta y 5ta década de vida (10).

Entre los análisis más importantes al respecto se encuentra el de Turín More y Cols. En el mismo, realizado en el año 2013 en Lima, se obtuvieron los resultados de 110 pacientes con dispepsia no investigada, con promedios de edades fue de 49,4 años (11).

Se ha encontrado otro tipo de artículo científico en la ciudad de Lima del año 2011, el cual se ha llegado a realizar en el Servicio de Gastroenterológico del Hospital Nacional Hipólito Unanue, en el cual se llegó a evaluar a 290 personas aproximadamente, en mayor proporción fueron mujeres con una edad media de 43 años (12).

Un análisis en Bogotá, por Lúquez Mindiola investigó a un total de 168 pacientes en el año 2011 encontrando altos índices en mujeres con promedio de 53.6 años (13).

En Ambato, en el año 2013, Camuendo Diaz estudió a 117 adultos mayores dispépsicos concluyendo que la asociación con otras patologías, a la vez que el consumo de medicamentos aumenta las probabilidades dispepsia (14).

## **2.2 BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS**

### **Conceptualización**

Es una conglomeración de sintomatología que se origina en región superior del tubo digestivo, por lo que se tiene que llegar a justificar cuales son los síntomas más específicos por lo que se concluye en dispepsia orgánica y al darse un caso totalmente contrario sería una de origen funcional. (15)

“Los trastornos funciones digestivos y, en concreto, la dispepsia funcional, representan un problema sanitario de primera magnitud, fundamentalmente por su elevada prevalencia y el notable consumo de recursos sanitarios que producen. Se considera que entre el 20% y el 30% de los pacientes en general padece síntomas dispépticos recurrentes” (2).

Las definiciones de dispepsia son heterogéneas y no existe una totalmente aceptada. La ubicación del malestar en la parte central del abdomen superior y síntomas atribuidos al tracto gastrointestinal superior constituyen a todas las definiciones (7).

Ciertas guías de práctica clínica manejan un concepto de dispepsia parecida a los criterios de Roma III, y hacen una distinción clara localizando cierta patología dispéptica y una patología que afecta mucosa gástrica y esofágica por aumento de reflujo con jugo gástrico (1).

Otras guías en cambio, suponen que esta distinción no es permisible en la práctica clínica, ya que optan la definición de Colin-Jones (1988), donde dicha patología se centra en los síntomas con relación a la mucosa que reviste el tubo digestivo y pueda producir síntomas compatibles a una dispepsia clara además de sus factores asociados antes descritos. Siempre se debe tener en cuenta el dolor abdominal en zona epigástrica más sensación de náuseas y vómitos la cual es muy común en este tipo de patologías asociadas (4,16).

### **Clasificación:**

Las dispepsias pueden dividirse en tres tipos (17):

1. Origen orgánico dependiente del metabolismo en la cual se debe tratar la patología de base que ocasiona sintomatología típica de cuadro dispéptico, como en algunos ejemplos claros de úlceras pépticas, carcinomas de mucosa gástrica, patología de vías biliares junto a páncreas y finalmente fármacos citotóxicos los cuales causan cuadros patológicos (17).
2. Entre otras en las cuales se evidencia claramente síntomas atribuibles a un cuadro gástrico agudo o crónico con el cual se puede denominar dispepsia funcional, orgánica o no orgánica, también puede constatar en idiopáticas y la esencial. Por lo que se considera como principal importancia la clínica de dicho cuadro (17).
3. En cuadros clínicos en los cuales no se hayan evidenciado el origen de los síntomas, pudiéndose realizar exámenes complementarios y métodos diagnósticos que no han logrado establecer la causa patología precisa, por lo

que no se caracteriza como infrecuente, ya que pueden darse en casos notables en poblaciones en vías de desarrollo, tomando en cuenta que no siempre se dispone del material científico necesario para definir a agentes causales. Además de no presentar síntomas con buena compatibilidad a la impresión diagnóstica objetiva

(17).

**Se encuentran estudios en gastroenterología** obtenida por Asociación española de Enfermedades Gástricas, Sociedad Española de Medicina Familiar y finalmente el Centro Iberoamericano de Enfermedades Gástricas (18).

**Dispepsia:** el cuadro clínico definido como dispepsia se conoce como la presencia de molestia asociada a dolor, ardor y cuadros gástricos causantes de sintomatología a nivel abdominal el cual tiene su origen en tracto superior del tubo digestivo (18).

**Dispepsia no investigada:** Dispepsia en ausencia de síntomas según lo antes mencionado (1).

**Dispepsia orgánica o de causa conocida:** Dispepsia en la que se ha detectado alguna causa que justifique los síntomas (tabla 1 y 4) (1).

**Criterios para dispepsia funcional (de acuerdo con la clasificación de Roma III):** “Síntoma o conjunto de síntomas que la mayoría de médicos considera que tienen su origen en la región gastroduodenal, siendo estos síntomas la pesadez postprandial, saciedad precoz, dolor y ardor epigástrico”. La sintomatología a veces ocasiona dolores continuos e indefinidos no necesariamente están correlacionadas con la ingesta de tipo alimenticia. El cuadro clínico debe presentarse en un tiempo relativo de al menos medio año antes de proceder al diagnóstico y presentar síntomas agudos evidentes durante al menos 1 trimestre. Por lo que se requiere de un diagnóstico basado en análisis después de resultados de histopatología por biopsias tomados por endoscopia digestiva alta los cuales pueden o no reportar presencia de *Helicobacter pylori* u otro proceso irritativo o indicador de dicha sintomatología (1).

## **Epidemiología**

Los casos de dispepsia se prevalecen como clínicos de dispepsia en población global está sujeto a criterios que se utilizan continuamente por su definición y por la información aportada. En artículos científicos y libros médicos con resultados investigativos se evidencia una prevalencia de 25% con variación de 8 a 54% (19).

También varía de manera significativa según poblaciones, por ejemplo, en estudios donde se define como “dolor en abdomen superior” se suele encontrar datos de entre 7 y 34%. Siendo más amplia, de hasta 45% cuando la definición es más amplia (18).

Se plantea que la prevalencia anual del dolor o malestar abdominal superior recurrentes en países occidentales es de aproximadamente 25% y si se considera la pirosis frecuente (definidas como dolor urente retroesternal ascendente semanalmente o con más frecuencia), la prevalencia es de 40% (20).

En Inglaterra dos estudios intentaron medir la prevalencia de la Dispepsia funcional encontrando hasta un 23,8% y en el otro del 11,5%. Un análisis en Noruega arrojó un 14,7%, en Japón un 17% y análisis en Taiwán reflejaron hasta el 23,8% (21).

Si tomamos en cuenta estudios realizados en España el cuadro clínico de dispepsia concluye en 8,2% de citas por consulta externa en medicina familiar y hasta el 40% para especialidad gástrica específica (19). Además de realización de otro estudio en el cual se encuentra el 39% de población general en el cual se presenta síntomas asociados a dispepsia por lo menos 1 o 2 veces en toda la vida y hasta un 24% en los últimos a dos años (22).

En lo que respecta a consultas a médicos de familia se estima que anda entre el 2% y el 5% (23).

## **Diagnóstico clínico de la dispepsia**

Los siguientes pasos son los más comunes según la literatura especializada (5) (24)

- En pacientes con síntomas de dispepsia se recomienda realizar una historia clínica detallada para orientar el diagnóstico inicial (evidencia moderada, recomendación fuerte a favor) (4).
- Se encuentra en personas con clínica asociada a dispepsia se recomienda el tratamiento sintomatológico en el cual no se toma en cuenta a las personas con sintomatología de reflujo gastroesofágico.

## **Tratamiento**

Alimentación: aunque no se ha demostrado de manera ocasional ni científica que cambios en una dieta cotidiana mejoren de manera definitiva los síntomas asociados a dispepsia, se recomienda abandonar hábitos tóxicos para el organismo, principalmente los que ocasiona daño directo a mucosa gástrica como alcohol, tabaco o fármacos antiinflamatorios además de alimentos potencialmente dañinos los cuales podrían empeorar cuadro clínico. (17).

Fármacos participantes de secreciones gástricas: En estudios realizados no se ha encontrado evidencia de que la secreción gástrica compuesta por ácido clorhídrico y otras sustancias más este altamente alterada en pacientes con cuadro dispéptico. Pero podemos encontrar personas con más sensibilidad al propio ácido clorhídrico del estómago. Finalmente se ha encontrado comúnmente que los antiácidos se han empleado en pacientes con dispepsia los cuales pueden ayudar a calmar sintomatología de base. (17).

Fármacos funcionales en motilidad de tubo digestivo: a los cuales se les llama pro cinéticos, se han tomado muy en cuenta por su función en este cuadro clínico de dispepsia sobretodo la funcional ya que actúa eficientemente al encontrar alteraciones en la motilidad de enlentecimiento de vaciamiento gástrico. (25,26)

Fármacos funcionales en la percepción de vísceras: los cuales se han empleado para lograr disminuir una alta sensibilidad de la pared visceral la cual presentan algunos individuos con trastornos gástricos. (17).

Fármacos empleados para la ansiedad y manejo de estrés como sicoterapia: pueden resultar de gran eficacia al tomar en cuenta que muchos de los cuadros dispépticos pueden estar asociados a depresiones y estrés concluyendo en correlación a trastornos psico-sociales. (17).

Tratamiento eficaz para la Erradicación total de *Helicobacter pylori*: se establece de gran importancia ya que en gran parte de los casos con dispepsia se ha correlacionado la presencia de *Helicobacter Pylori*, la cual ha sido causante de sintomatología dispéptica y al lograr erradicar dicha bacteria de manea eficaz se ha logrado un resultado muy favorable con el cuadro clínico. (17,25).

## **FACTORES DE RIESGO**

La información al respecto sostiene que son las mujeres las que más sufren la patología, aunque esto depende mucho del estudio en cuestión (26).

En la literatura al respecto:

“Se consideran que la edad, el tabaco y la ingesta regular de alcohol no son factores de riesgo asociados a la dispepsia. También algunos fármacos, el stress, la ansiedad, entre otros” (1).

Para el caso de la Dispepsia Funcional, los factores desencadenantes no están del todo bien definidos. Tampoco los pre-disponentes. Se suele incluir en ellos

las alteraciones de la función motora, de la misma manera las alteraciones de la sensibilidad visceral, además de presencia de agentes bacterianos causan infecciones agudas o crónicas con alteraciones del sistema inmunológico por lo que se debe emplear tratamiento a estos agentes para lograr equilibrio inmunitario. Por último, se debe tomar muy en consideración el estudio genético el cual es culpable de varios casos de dispepsia funcional (18,27).

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Helicobacter pylori:** se define como una bacteria gram-negativa con presencia de flagelos los cuales permiten adherencia a mucosa gástrica además de poder de multiplicación y aumentar considerablemente la población bacteriana causando un daño significativo en la mucosa gástricas (28).

**Esófago de Barret:** Es una metaplasia cilíndrica especializada que sustituye la mucosa plana normal del esófago distal. El epitelio de Barrett establece un factor de riesgo significativo para el adenocarcinoma esofágico y se detecta con facilidad mediante la endoscopía, por el desplazamiento proximal de la unión escamocolumnar (29).

**Dispepsia no ulcerosa:** Puede relacionarse con distensión y, a diferencia de la ulcera péptica, tiende a no remitir y a recurrir (29).

**Disfagia:** Dolor con dificultad a la ingesta de tipo alimentaria o líquida. Se le considera sobretodo como funcional con causa evidente por los trastornos motores en la deglución. (29).

**Esófago:** Porción del tubo digestivo el cual cumple función anatómica de comunicar porción inferior de faringe con porción superior del estómago, mide alrededor de 30cm aproximadamente, revestida de epitelio (30).

**Aparato Digestivo:** Sistema motor funcional el cual posee la capacidad en ingesta de alimentos sólidos y líquidos los cuales son transportados por todo el tubo digestivo y asimilados para contribuir a la funcionalidad vital del organismo (31).

## **2.4. HIPÓTESIS**

La prevalencia de dispepsia en pacientes de 40 a 50 años atendidos por problemas gastroenterológicos, con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de 2016 a 2017, es superior al 40% y los factores que se asocian a esta son la presencia de H.pylori, el bajo nivel de instrucción, el consumo de alcohol y el uso de fármacos indiscriminado de fármacos.

## **CAPITULO III**

### **3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

- Determinar la prevalencia de dispepsia y sus factores asociados en pacientes de 40 a 50 años con requerimiento de endoscopía digestiva alta en el IESS - Cuenca, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Describir la población de estudio según las características sociodemográficas.
- Caracterizar el comportamiento de la dispepsia en los pacientes estudiados.
- Identificar los factores asociados a la dispepsia en la población estudiada.

## **CAPITULO IV**

### **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **4.1 DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO**

##### **4.1.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de una investigación descriptiva, para lo cual se elaboró un estudio prospectivo de corte transversal a los pacientes de 40 a 50 años atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

##### **4.1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN**

Área de cirugía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social “José Carrasco Arteaga”.

##### **4.1.3 UNIVERSO DE ESTUDIO**

Pacientes atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

##### **4.1.4 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Ingresaron al estudio los casos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

##### **4.1.5 POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.**

###### **4.1.5.1 Población**

Pacientes entre 40 y 50 años atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017. Totalizando 203 personas estudiadas con sospecha de dicho

cuadro y 107 pacientes registrados oficialmente con dispepsia latente (Ver tabla 2).

#### **4.1.5.2 Muestra**

Pacientes de 40 a 50 años atendidos por dispepsia con intervención endoscópica en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

#### **4.1.5.3 Muestreo**

Todos los casos fueron incluidos.

#### **4.1.6 UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN**

Área de Medicina Interna del Hospital del Seguro Social “José Carrasco Arteaga”

#### **4.2 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.**

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

##### **4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que faciliten el consentimiento informado para el estudio.
- Pacientes que tuvieron su primera sintomatología de dispepsia al menos tres meses antes de la consulta, de forma continua o intermitente.
- Paciente con Historia Clínica completa del Hospital José Carrasco Arteaga.

##### **4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes con discapacidad neurológica que dificulte la anamnesis.
- Pacientes con diagnóstico previo de carcinoma gástrico.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedades autoinmunes o síndromes que favorezcan la aparición de la dolencia.
- Pacientes que en el momento del examen están siendo sometidos a tratamiento de anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, inhibidores de la bomba de protones y antibióticos; sueros citostáticos, así como también aquellos con coagulopatías.

#### **4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN**

El análisis estadístico se realizará mediante el paquete estadístico SPSS v19.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizaron variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas y gráficos (10).

##### **4.4.1 MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Revisión de documentos (Historias Clínicas) y Entrevista estructurada.

##### **4.4.2 TÉCNICA**

Se revisaron las historias clínicas para la recolección de la información y se realizaron las entrevistas a las pacientes que dieron el consentimiento informado para el estudio. Los datos se compilaron en el Formulario de recolección de datos (Anexo 1).

##### **4.4.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR**

###### **4.4.3.1 TABLAS**

Se revisaron las historias clínicas y se realizó la entrevista a los pacientes para la recolección de la información.

###### **4.4.3.2 MEDIDAS ESTADÍSTICAS**

El análisis estadístico se elaboró en base el paquete estadístico SPSS v19.0 para Windows. Para el análisis descriptivo se utilizarán variables cuantitativas y cualitativas categorizadas, mostrándose a través de frecuencias y porcentajes, en tablas y gráficos. Se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) para la edad (8,10).

#### **4.5 - PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS**

Este estudio no llevó a cabo ningún riesgo para los pacientes, puesto que no afectará a su integridad física ni emocional. Se pidió el consentimiento informado

a los pacientes (Anexo 2). Los datos obtenidos fueron utilizados en beneficio de la entidad y colectividad, mediante el análisis se consiguió determinar cuál es la prevalencia de dispepsia en los pacientes estudiados y los factores que se asocian a la misma, en el Hospital José Carrasco Arteaga (IESS) Cuenca - Ecuador.

#### 4.6 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

VARIABLES Cuantitativas: edad, tiempo con dispepsia.

VARIABLES Cualitativas: sexo, estado Civil, residencia, nivel de instrucción, tipo de dispepsia, hallazgos, etiología, consumo de alcohol y uso de fármacos.

##### 4.6.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la consulta	Biológica cronológica	Años cumplidos según CI	- 40 a 45. - 46 a 50
<b>Sexo</b>	Características fenotípicas observadas, a través de las cuales se puede diferenciar el sexo	Biológica	Fenotipo	-Femenino. - Masculino.
<b>Estado civil</b>	Situación de un individuo en función de tener o no pareja y la condición legal que corresponde.	Legal	Auto referencia	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
<b>Residencia</b>	Lugar donde reside	Geográfica	Recogido en CI	-Urbana -Rural
<b>Nivel de instrucción</b>	Tiempo que una persona ha utilizado en instituciones de educación formal.	Social	Auto referencia	-Analfabeto -Primaria -Secundaria -Universitario

<b>Tipo de Dispepsia</b>	Clasificación de la dispepsia según la causa que la origina	Biológica fisiológica	Recogido en HC	-Orgánica -Funcional
<b>Tiempo con dispepsia</b>	Tiempo que lleva padeciendo la dispepsia	Biológica cronológica	Auto referencia	- <4 meses. - 4 a 6 meses. - 7a 12 meses -Más de 1 año
<b>Síntomas</b>	Sintomatología de los pacientes asociada a la dispepsia	Biológica fisiológica	Auto referencia	-Epigastralgia. -Distensión. -Ardor. -Llenura precoz -Náusea -Regurgitación -Flatulencias -Eructos -Vómito -Disfagia
<b>Hallazgos</b>	Hallazgos encontrados en la endoscopia	Biológica fisiológica	Recogido en HC	-Lesiones no significativas - Erosiones y/o pápulas - Esofagitis erosiva - Úlcera -Cáncer/tumor
<b>Etiología</b>	Causas que originan la dispepsia	Biológica fisiológica	Recogido en HC	-Infecciosa. -Estrés. -Fisiológica -Por fármacos. -Multifactorial. -No precisada.
<b>Consumo de alcohol</b>	Nivel de consumo de alcohol de los pacientes.	Social	Auto referencia	-No consume -Ocasional -Habitual

<p><b>Uso de fármacos</b></p>	<p>Nivel de consumo de fármacos vía oral por los pacientes para sanar diferentes dolencias.</p>	<p>Social</p>	<p>Auto referencia</p>	<p>-No emplea -Ocasional -Habitual</p>
-------------------------------	---	---------------	------------------------	--

## CAPITULO V

### 5. RESULTADOS

#### 5.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La investigación permitió obtener los resultados esperados según lo planificado, se determinó la prevalencia y factores asociados a dispepsia, en pacientes de 40 a 50 años, atendidos con requerimiento de endoscopia digestiva alta, en el IESS – Cuenca, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

#### 5.2. Características de la población de estudio

La población estuvo compuesta por **107** pacientes dispépticos, cuyo promedio de edad fue de **45,72 ± 3,41** años, predominando el grupo de 46 a 50 años (57,0%), y un 43% de 40 a 45 años. La mayoría son del sexo femenino (68,2%) por un 31,8% del masculino. Son casados(as) el 61,7%, solteros(as) el 15,9%, en unión libre el 13,1% y divorciados(as) el 7,5%. El nivel de instrucción es secundaria terminada en el 43,0% de los pacientes, de primaria terminada en el 40,2% y superior el 14,0% de las pacientes. Habitan generalmente en zonas urbanas (80,4%), solo el 19,6% en zonas rurales.

Las características sociodemográficas se resumen en la **Tabla 1**.

#### 5.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS

##### 5.3.1. Análisis de las características sociodemográficas de los pacientes.

**Tabla 1.** Distribución de los pacientes según la edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil y residencia.

<b>CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES</b>		<b>N° pacientes</b>	<b>%</b>
<b>EDAD (años)</b>	40 a 45	<b>46</b>	43,0
	46 a 50	<b>61</b>	57,0
	Media/ Promedio	<b>45,72</b>	
<b>SEXO</b>	Femenino	<b>73</b>	68,2
	Masculino	<b>34</b>	31,8
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b>	Analfabeta	<b>3</b>	2,8
	Primaria completa	<b>43</b>	40,2
	Secundaria completa	<b>46</b>	43,0
	Superior	<b>15</b>	14,0
<b>ESTADO CIVIL</b>	Casado(a)	<b>66</b>	61,7
	Soltero(a)	<b>17</b>	15,9
	Unión libre	<b>14</b>	13,1
	Divorciado(a)	<b>8</b>	7,5
	Viudo(a)	<b>2</b>	1,9
<b>RESIDENCIA</b>	Urbana	<b>86</b>	80,4
	Rural	<b>21</b>	19,6
<b>TOTALES</b>		<b>107 pacientes</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Juan Pablo Ríos.

### **Análisis e Interpretación:**

La edad promedio de las pacientes previamente estudiadas eran de **45,72 ± 3,41** años, el grupo de 46 a 50 años fue el predominante con un 57,0%, mientras que las de 40 a 45 años representa el 43,0%. El sexo predominante fue el femenino con un 68,2% de los pacientes, mientras que el masculino lo conformaron el 31,8%.

El nivel de instrucción en el 43,0% de los casos es de secundaria terminada, un 40,2% de primaria terminada y el 14,0% se estudios superiores, hubo 3 casos sin instrucción (2,8%). El estado civil predominante fue el de casado(a) (61,7%), seguido de soltero(a) (15,9%), en unión libre el 13,1%, divorciados(as) el 7,5% y solo 2 viudas (1,9%). La mayoría de las pacientes entrevistadas residen en zonas urbanas (80,4%), solo un 19,6% vive en zonas rurales.

#### **5.3.2. Análisis de la Prevalencia de dispepsia.**

**Tabla 2.** Prevalencia de dispepsia en pacientes de 40 a 50 años atendidos con intervención endoscópica, en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017.

<b>PREVALENCIA DE DISPEPSIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>PACIENTES CON DISPEPSIA</b>	<b>107</b>	<b>52,7</b>
<b>PACIENTES QUE NO PRESENTARON</b>	<b>96</b>	<b>47,3</b>
<b>TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos. **Elaborado por:** Juan Pablo Ríos.

La prevalencia de dispepsia, en pacientes de 40 a 50 años atendidos con intervención endoscópica, en el Hospital José Carrasco Arteaga, de noviembre de 2016 – mayo de 2017, fue de **52,7%**, de 203pacientes atendidos por problemas gastroenterológicos, **107** padecían dispepsia.

### 5.3.3. Análisis de las características de la dispepsia y los factores asociados a la misma.

**Tabla 3.** Distribución de los pacientes según tipo de dispepsia, tiempo con dispepsia y etiología.

CARACTERÍSTICAS DE LA DISPEPSIA		N°	%
TIPO DE DISPEPSIA	Funcional	58	54,2
	Orgánica	49	45,8
TIEMPO CON DISPEPSIA	Menos de 4 meses	37	34,6
	4 a 6 meses	17	15,9
	7 a 12 meses	23	21,5
	Más de 1 año	30	28,0
ETIOLOGÍA	Infecciosa (H. pylori)	48	44,9
	Fisiológica	2	1,9
	Farmacológica	7	6,5
	Multifactorial	37	34,6
	No precisada	13	12,1
<b>TOTALES</b>		<b>107</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos. **Elaborado por:** Juan Pablo Ríos.

El tipo de dispepsia más común fue la funcional (54,2%), mientras dispepsia orgánica manifestaron el 45,8%. En cuanto al tiempo con dispepsia predominó el menor de 4 meses (34,6%) seguido de los que llevan más de un año padeciendo (28,0%), de 7 a 12 meses (21,5%) y de 4 a 6 meses (15,9%).

En relación a la etiología de la dispepsia, se clasificó al 44,9% de los pacientes con etiología infecciosa (por *Helicobacter Pylori*) siendo la predominante, un 6,5%

farmacológica y un 1,9% fisiológica, en el 34,6% fue considerada multifactorial (donde se incluye el estrés) y en 13 casos (12,1%) la etiología no pudo ser precisada con exactitud.

**Tabla 4.** Distribución de los pacientes según los síntomas de la dispepsia y los hallazgos de la intervención endoscópica.

<b>SÍNTOMAS DE LA DISPEPSIA Y HALLAZGOS</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SÍNTOMAS DE LA DISPEPSIA</b>	Epigastralgia	<b>91</b>	85,0
	Distensión abdominal	<b>57</b>	53,3
	Ardor	<b>54</b>	50,5
	Llenura precoz	<b>43</b>	40,2
	Náuseas	<b>24</b>	22,4
	Regurgitación ácida	<b>22</b>	20,6
	Eructos	<b>20</b>	18,7
	Flatulencias	<b>14</b>	13,1
	Vómitos	<b>9</b>	8,4
	Disfagia	<b>8</b>	7,5
<b>HALLAZGOS DE LA INTERVENCIÓN ENDOSCÓPICA</b>	Lesiones no significativas	<b>58</b>	54,2
	Erosiones	<b>25</b>	23,4
	Esofagitis	<b>12</b>	11,2
	Úlcera	<b>10</b>	9,3
	Tumor	<b>2</b>	1,9
<b>TOTALES</b>		<b>107</b>	<b>100 %</b>

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Juan Pablo Ríos.

Los síntomas predominantes fueron los 4 descritos por los criterios de Roma III previo al diagnóstico de dispepsia: Epigastralgia (85,0%), Distensión abdominal (53,3%), Ardor (50,5%) y Llenura precoz (40,2%). En menor medida refirieron: Náuseas (22,4%), Regurgitación ácida (20,6%), Eructos (18,7%) y Flatulencias (13,1%) (1).

En cuanto a los hallazgos de la intervención endoscópica, el 54,2% fueron Lesiones no significativas, el 23,4% Erosiones, Esofagitis (11,2%). La úlcera se encontró en un 9,3% y 2 pacientes con tumores (1,9%).

**Tabla 5.** Distribución de los pacientes según los factores asociados a dispepsia (consumo de alcohol y uso de fármacos) (2).

<b>SÍNTOMAS DE LA DISPEPSIA Y HALLAZGOS</b>		<b>N °</b>	<b>%</b>
<b>CONSUMO DE ALCOHOL</b>	No consume	<b>53</b>	49,5
	Ocasional	<b>35</b>	32,7
	Habitual	<b>19</b>	17,8
<b>USO DE FÁRMACOS</b>	No emplea	<b>20</b>	18,7
	Ocasional	<b>51</b>	47,7
	Habitual	<b>36</b>	33,6
<b>TOTALES</b>		<b>107</b>	100

**Fuente:** Formulario de recolección de datos.

**Elaborado por:** Juan Pablo Ríos.

### **Análisis e Interpretación:**

El consumo de alcohol muestra que a pesar de que el 49,5% no consume, si hay un 32,7% que lo hace ocasionalmente y un 17,8% lo hace habitualmente. En cuanto al uso de fármacos, solo un 18,7% no emplea para controlar las dolencias, un 47,7% lo hace ocasionalmente, mientras que un 33,6% lo hace habitualmente.

## CAPITULO VI

### 6. DISCUSIÓN

#### 6.1. Características sociodemográficas.

La edad promedio de las pacientes registradas eran de **45,72 ± 3,41** años, el grupo de 46 a 50 años fue el predominante (57,0%). El sexo predominante fue el femenino. El nivel de instrucción en el 43,0% de los casos es de secundaria terminada, un 40,2% de primaria terminada. El estado civil predominante fue el de casado(a). La mayoría de las pacientes entrevistadas residen en zonas urbanas.

En los estudios revisados vemos que todos coinciden en que el sexo femenino es el más afectado por esta dolencia, así como a partir de la cuarta década de vida, donde se vienen acumulando años de dietas no saludables, hábitos tóxicos, y consumo de medicamentos por vía oral para aliviar síntomas de enfermedades.

En el estudio de Armendariz en Cuenca, la edad mínima de los pacientes era de 40 años y la máxima 89 con una mediana de 54; sin embargo el 64,8% fueron mujeres, mientras que el 69,2% residían en el área urbana y nivel de instrucción, la secundaria terminada (24).

En la investigación de Turín y Cols, en Perú las mujeres constituyeron un 70,9% del total de 110 pacientes estudiados. El promedio de edad fue de 49,4 años (11). En el estudio de Ayala y Cols, el grupo etario predominante fue el mayor de los 40 años con un 50% de los casos, con género predominante femenino en un 63% de los casos (12). La incidencia de dispepsia funcional (DF) fue mayor en mujeres, entre la cuarta y quinta década de vida, en el estudio de Morera y Rodríguez (3,10).

En el de Luquez sin embargo, las mujeres alcanzaron cifras de un 80,3% del total de pacientes y el promedio de edad fue de 53,6 ±14,4 años (13). Masoumi y Cols

estudiaron la prevalencia de dispepsia y su relación con calidad de vida. En el mismo las mujeres eran un 60.4% de los casos (8).

En el estudio de Abad y Cols, se constató que el grupo de edad más afectado fue el de 46 a 60 años con el 36.1%, y predominó igualmente el sexo femenino con el 60.4%; previo a un análisis en 2795 pacientes (5).

## **6.2. Prevalencia de dispepsia, características de la dispepsia y factores asociados a la misma.**

La prevalencia de dispepsia fue de **52,7%**, de 203 pacientes atendidos por problemas gastroenterológicos, **107** padecían dispepsia. El tipo de dispepsia más común fue la funcional (54,2%) mientras dispepsia orgánica manifestaron el 45,8%. La funcional se caracteriza por lesiones leves por lo que es la más común, cuando se atiende con prontitud la dolencia ante los primeros síntomas.

Masouri en su investigación reportó datos de prevalencia de hasta un 48% en su análisis con inmigrantes turcos (8). En el estudio de Abad y Cols, la DF fue la más frecuente representando el 60.5%, mientras la dispepsia orgánica tuvo un 39.5% (5).

En el artículo de Turín y Cols (11), se encontró una prevalencia de dispepsia funcional de un 71,8%. Por otro lado Seyedmirzaei encontró un 16.1% de prevalencia solamente en su investigación con iraníes (9).

En cuanto al tiempo con dispepsia predominó el menor de 4 meses (34,6%) seguido de los que llevan más de un año padeciendo (28,0%), de 7 a 12 meses (21,5%) y de 4 a 6 meses (15,9%). Existe un grupo que siente los síntomas de la misma hace poco tiempo, mientras que otro grupo importante no ha dado seguimiento a la enfermedad, por lo que sigue padeciéndola y se acrecienta la sintomatología.

El estudio de Camuendo en la mayoría de los encuestados la dispepsia se desarrolló desde hace más de un año con un porcentaje del 40%; mientras que en

la en menor proporción se encuentran pacientes que iniciaron su sintomatología en el último trimestre (14).

En relación a la etiología de la dispepsia, se clasificó al 44,9% de los pacientes con etiología infecciosa (por *Helicobacter Pylori*), en el 34,6% fue considerada multifactorial (donde se incluye el stress). En este caso no se pudo precisar si algunos factores por si solos, como el stress, fueron los causantes de la dispepsia, por lo que se valoró una etiología multifactorial en muchos casos, ya que durante la anamnesis los entrevistados no pudieron dar elementos concluyentes en este sentido.

La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* alcanzó el 53,8% de un total de 167 muestras. Por otro lado, no se encontraron diferencias en lo que corresponde a síntomas de reflujo gastroesofágico y eosinofilia duodenal ( $p = 0,13$ ). Un 20,7% de los pacientes con alergia a alimentos, factores ambientales o comida presentaron eosinofilia duodenal aun cuando se considera que no hubo asociación ( $p = 0,42$ ) (13).

En la investigación de Abad y Cols (5), el 61.6% de los pacientes presentaron infección por *Helicobacter pylori*. Armendariz por su parte obtuvo una prevalencia de dicha infección con el 45.4% y asociada de manera positiva con todos los factores de exposición estimados en la investigación (24). Seyedmirzaei los resultados mostraron que algunos factores fueron determinantes como son la ansiedad y la depresión (9).

En el estudio, los síntomas predominantes con mayor frecuencia fueron: epigastralgia (85,0%), distensión abdominal (53,3%), ardor (50,5%) y llenura precoz (40,2%). Estos síntomas están catalogados según Roma III como los necesarios para realizar un diagnóstico certero de dispepsia (5).

En la investigación de Dávalos (32) el síntoma clínico con mayor frecuencia fue la epigastralgia con el 69,7%; la pérdida de peso y llenura precoz representa el 15,15%. Mientras que el síntoma más habitual en el estudio de Abad y Cols (5) fue la epigastralgia con el 84.3%, seguido de distensión con un 50.5%.

Por otro lado, en el estudio de Morera y Rodríguez (10) los síntomas más usuales en los pacientes fueron: plenitud postprandial que constituye el 23%, seguido de saciedad precoz con el 16,4% e hinchazón abdominal con un 14,7%. No existió correlación entre los síntomas y resultados endoscópicos y sí entre los síntomas e infección por *Helicobacter pylori* (3). Mientras que en el análisis de Ayala el 100% de los pacientes presentaron por lo menos un síntoma asociado a la dispepsia (12).

En cuanto a los hallazgos de la intervención endoscópica, el 54,2% fueron Lesiones no significativas, el 23,4% Erosiones, Esofagitis (11,2%). La úlcera se encontró en un 9,3% y 2 pacientes con tumores (1,9%). Las lesiones no significativas son más comunes en los pacientes con poco tiempo padeciendo la enfermedad.

En el estudio de Abad y Cols (5) los principales hallazgos mediante endoscopía son la esofagitis y las erosiones. En los resultados endoscópicos de Seyedmirzaei, encontró que 25 pacientes tenían alguna lesión estructural (22,7%), 15 pacientes con gastritis erosiva con el 13,6% y el 5,5% de úlcera gástrica (11).

El consumo de alcohol muestra que a pesar de que el 49,5% no consume, si hay un 32,7% que lo hace ocasionalmente y un 17,8% lo hace habitualmente. Solo un 18,7% no emplea fármacos para controlar las dolencias, un 47,7% lo hace ocasionalmente, mientras que un 33,6% lo hace habitualmente. El alcohol es una sustancia muy agresiva para la mucosa gástrica, así como los daños hepáticos que puedan ocasionar, lo mismo ocurre con el abuso de fármacos con componentes ácidos importantes.

Según Morera y Rodríguez (10) la infección por *Helicobacter pylori* y los hábitos tóxicos como factores de riesgo prevalece en hombres, mientras que en mujeres existió el empleo de AINES con el 41%. En el estudio de Camuendo (14) de los pacientes dispépticos el 52% consumía alcohol, sin embargo el 88,03% manifiesta que su dispepsia se desencadena por la medicación que utiliza.

Por otro lado, en la ni el hábito de fumar, ni el alcohol, fueron trascendentales en el estudio iraní de Masoumi. Ya que 131 de un total de 193 personas apenas fuma 3 cigarrillos al día y abstinencia de alcohol fue casi absoluta (8).

## CAPITULO VII

### 7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES, BIBLIOGRAFÍA

#### 7.1 CONCLUSIONES

- Según el análisis, la edad promedio de pacientes registrados fue de **45,72 ± 3,41** años, el grupo de 46 a 50 años fue el predominante con el 57,0%, el 68,2% son mujeres. El 43,0% de los casos tiene secundaria terminada y un 40,2% de primaria terminada. El estado civil predominante fue el de casado(a) (61,7%). La mayoría de las pacientes entrevistadas residen en zonas urbanas (80,4%).
- La prevalencia de dispepsia, fue de **52,7%**, funcional (54,2%) y orgánica el 45,8%. En cuanto al tiempo con dispepsia predominó el menor de 4 meses (34,6%) seguido de los que llevan más de un año padeciéndola (28,0%). El 44,9% de la dispepsia son de etiología infecciosa (por *Helicobacter Pylori*), en el 34,6% fue considerada multifactorial.
- En el diagnóstico de dispepsia se presentaron cuatro síntomas predominantes, todos estos según criterios de Roma III para DF: Epigastralgia (85,0%), Distensión abdominal (53,3%), Ardor (50,5%) y Llenura precoz (40,2%). En cuanto a los hallazgos el 54,2% fueron Lesiones no significativas y el 23,4% Erosiones. El consumo de alcohol muestra que más del 50% consume y un 33,6% emplea habitualmente fármacos por vía oral para curar sus dolencias.
- La prevalencia de dispepsia en los pacientes de 40 a 50 años atendidos por problemas gastrointestinales en el Hospital José Carrasco Arteaga, en el período escogido fue alta (más del 50%) y los principales factores asociados

son la infección con *Helicobacter pylori*, el descuido ante la aparición de los síntomas, así como el consumo de alcohol y el empleo indiscriminado de fármacos orales para curar dolencias.

## **7.2 RECOMENDACIONES**

- Establecer patrones de abordaje y diagnóstico en pacientes dispépticos, que a su vez no sean costosas para la institución hospitalaria y para los pacientes; pero que permitan detectar esta dolencia con prontitud y sea atendida.
- Orientar a la población sobre la manera adecuada y la frecuencia con que se administran medicamentos que desencadenen este tipo de molestias gastrointestinales.
- Realizar un estudio similar con personas que acuden a los centros de salud del Ministerio de Salud Pública, valorando el riesgo y comparando los resultados y socializándolos entre la comunidad médica del país.

## 7.3 BIBLIOGRAFÍA

### 7.3.1- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vinacchia S, Quiceno JM, Medina A, Castañeda B, Catelblanco P. Calidad de vida, resiliencia, percepción y conducta de Enfermedad en pacientes con diagnóstico de dispepsia funcional. Acta.colomb.psicol. 2014 Diciembre; 17(1) Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/798/79831197007/>).
2. Novoa Reyes I, De los Ríos Senmache R, Pinto Valdivia J, Huerta-Mercado J, Piscoya Rivera A, Zarate Ricardo RP, et al. Influencia de la Erradicación de Helicobacter pylori en Pacientes con Dispepsia no Ulcerosa en un Hospital de Lima. Revista de Gastroenterología Peruana. 2010; 30(1) Disponible en:).
3. Bussi EA. Frecuencia de Dispepsia Funcional en estudiantes de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana. Tesis. Universidad Abierta Interamericana, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud; 2012. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC111844.pdf>.
4. Riera F, González C, Vaca C. Sedación, Seguridad y Utilidad de la Endoscopia Digestiva Alta en Pediatría. Departamento de Pediatría, Unidad de Gastroenterología y Nutrición, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Chilena de Pediatría. 2010; 81(1) Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n1/art05.pdf>).
5. Abad MF, Aguaysa MM, Bermeo CR. Hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de pacientes con síntomas dispépticos atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante 2010-2011. Tesis para optar por el título de Médico y Médica. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4085/1/MED177.pdf>.
6. Osorio M. La endoscopia digestiva superior en la Atención Primaria de Salud. MediSur. 2010 Oct; 8(5) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727897X2010000500001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2010000500001&lng=es)).

7. Aguirre Carrión CE. Dispepsia: ¿cómo actuar basado en evidencias?, ¿orgánica o funcional? ¿cómo estudiarla y tratarla con fundamento científico? Trabajo previo a la obtención del título de Médico. Machala: Universiada Técnica de Machala, Académica de Ciencias Químicas y de la Salud; 2012. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/2978/5/CD000011CESION%20DE%20DERECHOS-.jpg>.
8. Masoumi SJ. The prevalence of dyspepsia symptoms and its correlation with the quality of life among Qashqai Turkish migrating nomads in Fars Province, Southern Iran. Pak J Med Sci. 2015 Marzo-Abril; 31(2) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476335/>).
9. Seyedmirzaei SM, Haghdoost AA, Afshari M, Dehghani A. Prevalence of Dyspepsia and its Associated Factors Among the Adult Population in Southeast of Iran in 2010. Iran Red Crescent Med J. 2014 Noviembre; 16(11) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4329955/>).
10. Morera NM, Rodríguez M. Dispepsia funcional: caracterización clínica epidemiológica y endoscópica. Rev Ciencias Médicas. 2014 Septiembre-Octubre; 18(5) Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942014000500003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942014000500003)).
11. Turín CG, Robles CJ, Villar AP, Osada JE, Huerta-Mercado JL. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales y enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con dispepsia no investigada que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Rev. gastroenterol. 2013 abril-junio; 33(2) Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292013000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292013000200002&script=sci_arttext)).
12. Ayala S, Pichilingue O, Capcha T, Alba ME, Pichilingue C. Dispepsia: Características clínicas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima, Perú, durante el año 2010. Rev. gastroenterol. 2013 Enero-Marzo; 33(1) Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292013000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292013000100003&script=sci_arttext)).

- 1 Lúquez AJ. Eosinofilia duodenal en pacientes con dispepsia funcional en Colombia. Tesis de grado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Programa de Gastroenterología; 2017. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/55836/7/adanjoseluquezmindiola.2017.pdf>.
- 1 Camuendo EA. Dispepsia en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en la consulta externa de medicina interna del hospital provincial regional docente ambato en el período julio-septiembre 2012. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013. Disponible en: [http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6627/1/TESIS\\_EDGAR\\_CAMUENDO\\_3\\_.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/6627/1/TESIS_EDGAR_CAMUENDO_3_.pdf).
- 1 Pérez Gisbert J, Calvet Calvo X, Lanás Arbeloa A, Elizalde Frez JI, Fernández de Piérola B. Enfermedades del estómago y del duodeno. En: Rozman C. Farreras Medicina Interna. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 91.
- 1 Castillo O, Maguiña J, Benites H, Chacaltana A, Guzmán E, Dávalos M, et al. Prevalencia de Helicobacter pylori en pacientes sintomáticos de consulta externa de la Red Rebagliati (EsSalud), Lima, Perú, en el período 2010 - 2013. Rev. gastroenterol. 2016 Enero-Marzo; 36(1) Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292016000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102251292016000100007&script=sci_arttext)).
- 1 Mearin F. Dispepsia funcional. Revista de Gastroenterología de México. 2010; 7. 2(75) Disponible en: [www.revistagastroenterologiamexico.org/es/pdf/X0375090610873447/S300/](http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es/pdf/X0375090610873447/S300/)).
- 1 Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort J, Alonso P, Marzo M. Dispepsia: guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2012. Disponible en: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/guia\\_de\\_practica\\_clinica\\_sobre\\_el\\_manejo\\_del\\_paciente\\_con\\_dispepsia\\_3.\\_actualizacion\\_2012.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/guia_de_practica_clinica_sobre_el_manejo_del_paciente_con_dispepsia_3._actualizacion_2012.pdf).

1 Mearin F, Calleja JL. Definiendo la dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. 2011 9. Diciembre; 103(12)).

2 Talle NJ, Vakil NB, Moayyedi P. Revisión técnica sobre la evaluación de la 0. dispepsia. Asociación Americana de Gastroenterología. ; 129(Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2006/ge061p.pdf>).

2 Aguilar País L, Barreda F, Burgos H, Bustos Fernandez L, Defillipie C,

1. González JC, et al. Acta Gastroenterológica Latinoamericana. 2014; 44(2) Disponible en: <https://www.docdroid.net/1298b/gladf-documento-final.pdf.html>).

2 Alarcón G, Vázquez G, de la Cruz E, Abarca M, Leyva E, Ruíz J, et al. Un

2. análisis comparativo entre prueba de aliento, serología y prueba de ureasa rápida para la detección de infección por Helicobacter pylori en pacientes mexicanos con dispepsia no investigada. Revista de Gastroenterología de

México. 2011 Junio; 76(4) Disponible en:

[http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42855772/Comparative\\_a](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42855772/Comparative_analysis_between_breath_test20160219-11665-)

1 [wdttjc.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500414](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42855772/Comparative_analysis_between_breath_test20160219-11665-wdttjc.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500414)

016&Signature=Hal4fmsT6z%2BTZ2Z9OGI1DBqds7c%3D&response-content).

2 Hasler WL, Inadomi JM, Anderson MA, Brown RS. Manual de

3. Gastroenterología. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

2 Armendariz JM. Prevalencia de infección por Helicobacter Pylori y factores

4. asociados en pacientes con dispepsia mayores a 39 años, Hospital José Carrasco Arteaga. Enero a Junio 2013. Tesis de grado. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/8777/1/TESIS44.pdf>.

2 Granda N, Bohórquez JA, Chiurillo M, Valderrama E, Moran Y, Armanie E, et al.

5. Eficacia de la triple cura y su relación con el genotipo de helicobacter pylori pacientes con dispepsia de la region centroccidental de Venezuela. Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología. 2011 Octubre-Diciembre; 65(4) Disponible en: <http://www.genrevista.org/index.php/GEN/article/view/310/pdf>).

2 Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de

6. Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano. Dispepsia: guía de práctica clínica. Barcelona: Elsevier España; 2012. Disponible en:

[http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/guia\\_de\\_practica\\_clinica\\_sobre\\_el\\_manejo\\_del\\_paciente\\_con\\_dispepsia\\_3.\\_actualizacion\\_2012.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/guia_de_practica_clinica_sobre_el_manejo_del_paciente_con_dispepsia_3._actualizacion_2012.pdf).

2 Santolaria S, Fernández F. Enteropatía sensible al gluten y dispepsia funcional. 7. Gastroenterología y Hepatología. 2012 Febrero; 35(2) Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210570511003724>).

2 Vásquez PC. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y asociación con 8. patologías gástricas en pacientes adultos de chequeo ejecutivo desde enero del 2010 hasta septiembre del 2012 del Hospital Metropolitano de Quito- Ecuador. Tesis de grado. Quito: Universidad San Francisco de Quito, Colegio de Ciencias de la Salud; 2013. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1503/1/104865.pdf>.

2 Wong LM, Topazian M. Endoscopia del tubo digestivo. En: Kasper DL, Hauser 9. SI, Jameson JL, Fauci AS, Longo DL, Loscalzo J. Harrison Principios de Medicina Interna. Mexico D.F.: McGrawHill; 2016. p. 1881-1900.

3 Blesa LC. Trastornos digestivos funcionales pediátricos. Criterios Roma IV. 0. Actualización en Pediatría. 2017 Febrero;(Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114\\_criterios\\_roma\\_iv.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/099-114_criterios_roma_iv.pdf)).

3 Rey AM. Prevalencia de la infección por *helicobacter pylori* en pacientes con 1. diagnóstico de dispepsia funcional en el servicio de gastroenterología hospital militar central. Bogotá: Hospital Militar Central, Servicio de Gastroenterología; 2009. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10273/2/ReyRubianoAdrianaMargarita2009.pdf>.

3 Dávalos HE. Prevalencia de lesiones gástricas premalignas o malignas 2. diagnosticado endoscópicamente en pacientes con dispepsia, Hospital Rene Toche Grop-po durante 2013-2015. Tesis para optar por el título de Médico Cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana;

2016. Disponible en:

[http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/450/1/Davalos\\_h.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/450/1/Davalos_h.pdf).

# **ANEXOS**

Cuenca, 02 de agosto de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON REQUERIMIENTO DE ENDOSCOPIA ALTA EN EL IESS CUENCA - ECUADOR, PERIODO DICIEMBRE 2016 - MAYO 2017", cuyo investigador principal es el Sr. Juan Pablo Ríos Molina y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Fernando Cornejo G.

Código: RMJP2

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

  
Dr. Wilson Campo Verde Barros  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA

 UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
BIENESTAR  
DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA





INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

CP  
104  
R-104

ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN  
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

En la ciudad de Cuenca, con fecha 6 de junio del presente año, recibo Documento.

FECHA DE RECEPCION	6/06/2017
FECHA DE ACEPTACION	06/06/2017
REVISADO POR:	HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  Dr. Marco Rivera Ullauri
TITULO	Prevalencia de factores asociados a dispepsia en pacientes a adultos de 40-50 años con requerimiento de endoscopia digestiva alta en el IESS Cuenca-Ecuador. Periodo Junio a Agosto de 2017.
CONTENIDO	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	NOVIEMBRE 2017
AUTORES	Juan Pablo Ríos Molina CI: 1400438741
CORREO ELECTRONICO	juanpavo90@hotmail.com
DIRECCIÓN	Calle Napo y Pasaje Napo
TELEFONO	S/N
CELULAR	0984171543
REVISORES	

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

Tania Crespo Astudillo  
SECRETARIA

Juan Pablo Ríos Molina  
ESTUDIANTE

Av. José Carrasco Arteaga entre Popayan y Pacto Andino Conmutador: 07 2861500 Ext. 2053 P.O. Box 0101045 Cuenca - Ecuador, Investigación telf: 07 2864898 E-mail: idocenciahjca@hotmail.com



**Anexo 3. DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN POR PARTE DEL DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.**

Cuenca, 27 de abril del 2017

Señores:

**Unidad de Titulación y el Centro de Investigaciones**

Unidad Académica de Salud y Bienestar

Presente

Yo, **DR. FERNANDO CORNEJO**, identificado con Cédula de Identidad N°. **010188165-4**, docente de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Carrera de Medicina; me permito informar mi decisión de aceptar la Tutoría del trabajo de graduación cuyo título es: **“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON REQUERIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL IESS CUENCA – ECUADOR, PERIODO NOVIEMBRE DEL 2016 - MAYO 2017”**, perteneciente al alumno **JUAN PABLO RÍOS MOLINA**, identificado con Cédula de Identidad N° **140043874-1**, para optar el título de Médico de la Universidad Católica de Cuenca. Asimismo, me comprometo a dirigir su trabajo de grado con todo mi apoyo y experiencia profesional.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

**Dr. Fernando Cornejo G.**

**CI. 0101881654**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como director al Dr. Fernando Comejo G. y es realizada por: Juan Pablo Ríos Molina estudiante de la Facultad de Medicina, con la finalidad de realizar el trabajo de investigación con el tema de tesis: "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON REQUERIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL IESS, CUENCA – ECUADOR, PERIODO NOVIEMBRE –

MAYO 2017".

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender acerca de esta investigación que está diseñada. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar se le pedirá que firme la hoja del consentimiento informado.

**Información del estudio.** - en este estudio se investigará acerca de la prevalencia y los factores asociados a la dispepsia. Se empleará un formulario (que incluye información de las historias clínicas).

**Riesgos del Estudio.** - este estudio no llevará a cabo ningún riesgo, puesto que no afectará la integridad física ni emocional de los pacientes.

**Beneficios.** - La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se pretende estudiar la prevalencia y los factores que se asocian a la dispepsia.

**Confidencialidad.** La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

**La participación es voluntaria:** La participación de este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir si desea participar en el estudio sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

**Preguntas:** Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de los responsables de la investigación que exponen a continuación:

0984171543. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo Juan Pablo Ríos Molina, con cédula de identidad 1400438741, libremente y sin ninguna presión, acepto participar en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación. Me han indicado también tendrá que responder un formulario de recolección de datos.

Firma: Juan Pablo Ríos Molina  
Juan Pablo Ríos Molina  
CI: 140043874-1

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**Historia Clínica** \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Civil \_\_\_\_\_

Residencia \_\_\_\_\_ Nivel de Instrucción \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: Nunca \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_ Habitual \_\_\_\_\_

Uso de Fármacos: Nunca \_\_\_\_\_ Ocasional \_\_\_\_\_ Habitual \_\_\_\_\_

Tipo de dispepsia: \_\_\_\_\_

Tiempo con dispepsia: \_\_\_\_\_

**Síntomas:**

Epigastralgia \_\_\_\_\_ Distensión \_\_\_\_\_ Ardor \_\_\_\_\_ Llenura precoz \_\_\_\_\_

Regurgitación \_\_\_\_\_ Náusea \_\_\_\_\_ Flatulencias \_\_\_\_\_

Eructos \_\_\_\_\_ -Vómito \_\_\_\_\_ Disfagia \_\_\_\_\_

**Hallazgos:**

Lesiones no significativas \_\_\_\_\_ Erosiones y/o pápulas \_\_\_\_\_

Esofagitis erosiva \_\_\_\_\_ Úlcera \_\_\_\_\_ Cáncer/tumor \_\_\_\_\_

Etiología: \_\_\_\_\_

# Dispepsia

por Juan Pablo Rios

**Fecha de entrega:** 07-ago-2017 01:14p.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 835692728

**Nombre del archivo:** TESIS\_FINAL\_juanpa.pdf (1.03M)

**Total de palabras:** 11578

**Total de caracteres:** 64803

# Dispepsia

INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

2%

[www.cedepap.tv](http://www.cedepap.tv)



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA DE MEDICINA**

Cuenca, 14 de Septiembre del 2017

**Señor, Doctor.**

Lorgio Aguilar

**DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION**

**Señora, Doctora.**

Patricia Vanegas

**DIRECTORA DE UNIDAD DE TITULACION**

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el Trabajo de Grado, de Título: **Prevalencia y Factores asociados a Dispepsia en pacientes adultos de 40 a 50 años con requerimiento de Endoscopia Digestiva alta en el IESS Cuenca-Ecuador, periodo Noviembre del 2016-Mayo 2017.** Realizado por el estudiante Juan Pablo Rios Molina que ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo. .

Con sentimientos de distinguida consideración.

**Atentamente**

**Dr. Fernando Cornejo**

.....  
**Dr. Fernando Cornejo G.**  
GASTROENTERÓLOGO  
C.I. 0101881654



**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

Yo, Juan Pablo Rios Molina, autor del proyecto de investigación titulado: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DISPEPSIA EN PACIENTES ADULTOS DE 40 A 50 AÑOS CON REQUERIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL IESS CUENCA-ECUADOR, PERIODO NOVIEMBRE DEL 2016-MAYO 2017.; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.;

**Atentamente,**

**Juan Pablo Rios Molina**

**Manuel Vega y Pio Bravo**

**Teléfono: 830752-413175**

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)