

Encuesta piloto virtual a médicos argentinos (usuarios de la red intramed) sobre conocimientos, conductas diagnósticas y terapéuticas referidas a la dispepsia funcional

Guido Iantorno,¹ Rodolfo Corti,¹ Luis María Bustos Fernández,¹ Luis Soifer,² Claudio Bilder,³ A. M. Alejandra Schwartz,⁴ Carlos Gianoni,⁵ Oscar Secilio

¹ Hospital de Gastroenterología Dr Carlos Bonorino Udaondo, Buenos Aires - ² Centro de Educación Médica e Investigación Clínica, (CEMIC), Buenos Aires - ³ Clínica y Maternidad Suizo Argentina, Buenos Aires - ⁴ Hospital de Clínicas José de San Martín, Buenos Aires - ⁵ Centro de Gastroenterología, Ciudad de Rosario.

Acta Gastroenterol Latinoam 2007;37:29-53

Resumen

La dispepsia funcional es una entidad muy frecuente en la práctica diaria tanto del gastroenterólogo como de médicos clínicos y aún de los que practican otras especialidades, pero continúa siendo muy polémica desde el punto de vista de su definición, clasificación, diagnóstico y su enfoque terapéutico. Para conocer el punto de vista y los conocimientos que los médicos argentinos tienen del tema hemos realizado una encuesta virtual.

Objetivos: 1) Determinar creencias, criterios y conductas médicas diagnósticas y terapéuticas más frecuentes asociadas al cuadro clínico de dispepsia funcional. 2) Determinar (estimativamente) por los médicos que respondieron, la prevalencia de dispépticos en la consulta diaria y mensual. 3) Determinar (estimativamente) por los médicos que respondieron, la prevalencia de enfermedad orgánica dentro de los pacientes que consultaron por dispepsia funcional. **Población y muestra:** Médicos residentes en Argentina, usuarios de red virtual IntraMed (expuestos: n=12.849). Respondieron voluntariamente 622 médicos de las siguientes especialidades: generalistas, de familia, gastroenterólogos, gerontólogos, cirujanos generales y "otras" (muestreo no probabilístico). Fueron excluidos 43 especialistas que respondieron por no constituir una especialidad que reciba este tipo de consultas con mayor frecuencia. Fueron eliminadas las respuestas de pediatras por ser de bajísima frecuencia (3 pediatras). **Lugar y período de exposición a la encuesta:** Buenos Aires, Red virtual IntraMed, desde enero de 2005 a enero de 2006, encuesta colgada on-line desde el 2 al 31 de mayo de 2005. **Metodología:** Invitación electrónica a partici-

par luego de una breve difusión previa. Exhibición de la encuesta on-line durante mayo de 2005. **Diseño:** exploratorio, prospectivo, observacional, transversal, de cuantificación. **Instrumento:** Cuestionario que exploró entre médicos de diferentes especialidades de la Argentina: a) Dificultades y preferencias acerca de la definición, clasificación, reconocimiento del cuadro de dispepsia funcional y actualización sobre el mismo (Criterios de Roma II); b) conductas diagnósticas (solicitud de diagnósticos, tipos, momento de pedido); c) conductas terapéuticas: hábitos higiénico-dietéticos, fármacos: tipos y forma de indicación; d) estimación por parte de los médicos que respondieron, de la prevalencia mensual y diaria y de la tasa de enfermedad orgánica de dispépticos funcionales atendidos. **Medidas:** Prevalencia a nivel del conjunto de médicos que respondieron y tasas específicas de respuesta según especialidad [calculadas sobre número de médicos de esa especialidad dentro de la Población Virtual (n=12.840)]. Frecuencias expresadas en porcentaje, e I de C 95%. **Resultados:** Hallazgos relacionados con definición de dispepsia funcional. De los 622 médicos que respondieron, la mayoría presentaron dificultades con respecto a su definición, los gastroenterólogos tuvieron menor dificultad y los gerontólogos, mayor. Fue más frecuente observar a médicos que desconocían los criterios de Roma II. A nivel especialidad, los gastroenterólogos fueron en mayor frecuencia los especialistas que más los conocían, mientras que los especialistas en medicina familiar y general fueron quienes en mayor frecuencia los desconocían. El síntoma más frecuente reconocido por los mé-

dicos fue dolor y malestar abdominal, siendo que hubo coincidencia en la sensación de plenitud como síntoma principal, mientras que los gerontólogos junto con los médicos de familia privilegiaron al dolor y malestar abdominal. En la muestra estudiada estuvo bastante parejo el reconocimiento del *H. Pylori* como factor etiológico, pero fue apenas más frecuente que se asociara dispepsia funcional al *H. Pylori*. Al discriminar según especialidad e inferir a la población la mayor frecuencia se situó entre los cirujanos generales. Los gastroenterólogos fueron quienes presentaron la menor frecuencia entre quienes lo identificaban como factor etiológico. Hallazgos asociados a la conducta diagnóstica y terapéutica adoptada en función del conocimiento sobre la etiología de la dispepsia funcional. A nivel global, la mayoría de los profesionales pedían estudios diagnósticos antes de tratar. Los gerontólogos y los especialistas en medicina general fueron quienes más adoptaron dicha conducta. Con respecto a quienes indicaban tratamiento de prueba, la única especialidad de la que podemos hablar fueron los gastroenterólogos, que superaron al resto de las especialidades que respondieron, no pudiendo arrojar estas últimas información representativa. En el primer grupo, el estudio más solicitado fue la endoscopia alta (cirujanos generales, gastroenterólogos), y análisis de laboratorio (cirujanos generales, gerontólogos, médicos generalistas). Los estudios más solicitados fueron también los mismos que en el otro grupo: endoscopia alta y análisis de laboratorio. Lo que varió entre ambos grupos no fueron los estudios solicitados sino quiénes lo pedían con mayor frecuencia previo a tratar (gastroenterólogos y cirujanos generales) con respecto a los médicos que pedían estudios luego del fracaso del tratamiento "empírico": se le sumaron a éstos, los gerontólogos y especialistas en medicina general. Hallazgos relativos a la conducta terapéutica adoptada: en relación a la dieta fueron los gerontólogos quienes más la indicaban, mientras que los gastroenterólogos la indicaron menos. Cuando se indicó dieta, la más indicada fue la personalizada y aquella acorde al tipo de paciente que se tratare. Los médicos consideraron como definición de dispepsia funcional más acertada a la de tipo "dismotilidad, reflujo-ulceroso". En cuanto a los fármacos utilizados, los más frecuentemente indicados fueron los proquinéticos (cirujanos generales, gerontólogos y gastroenterólogos) mientras que en medicina general los más frecuentes fueron los bloqueantes de bomba de protones. Hubo consenso en que la forma de indicación más útil era la de indicar cíclicamente. La prevalencia de consulta por dispepsia funcional en los

consultorios médicos representó entre el 0 al 25% de las consultas mensuales (cirujanos generales y médicos generalistas), mientras que para los gastroenterólogos y gerontólogos representó del 25% y 50% de las consultas mensuales. ¿Cuánto representó en la consulta diaria?: Sólo obtuvimos información que pudiera inferirse a la población de los siguientes especialistas: entre el 10% y el 20% (cirujanos generales, gerontólogos). La prevalencia de enfermedad orgánica dentro de los pacientes dispepticos osciló entre el 0% y el 10% (gerontólogos, cirujanos generales, médicos generalistas), mientras que los gastroenterólogos tuvieron como prevalencia más frecuente entre el 10% y el 20%. **Conclusiones:** La encuesta, aún con ciertas limitaciones, midió en forma relativamente aceptable lo que se propuso medir y puso de manifiesto que la dispepsia funcional continúa siendo una entidad con muchos aspectos todavía sin comprender, desde la propia definición, que no en vano continúa cambiando sin hallarse la que deje satisfechos a la mayoría de los médicos. También evidenció diferencias desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico entre los médicos de distintas especialidades y finalmente que la comunicación vía Internet podría ser el camino para llevar a cabo trabajos epidemiológicos de distintas patologías a nivel nacional. **Recomendaciones:** Sólo respondió el 4,84% de los usuarios expuestos. Dado que las inferencias contemplan un 5% de error, tenemos información que se superpone al área de error tolerado. Debieran tomarse estos resultados como preliminares y debiera repetirse la encuesta con un diseño muestral por conglomerados, sugiriéndose de tipo "no proporcional" dado el bajo número de médicos de ciertas especialidades cuya opinión nos pueda ser útil. Debieran reformularse además las últimas tres preguntas y exhibirse la encuesta on-line durante un período mayor. Es de destacar que la distribución de las especialidades y las mayores frecuencias halladas en clínicos y generalistas podría relacionarse con el ejercicio de la medicina en el interior de nuestro país, donde, exceptuando contadas provincias, el ejercicio de la medicina probablemente sea menos especializada que en la Capital Federal.

Palabras Clave: Encuesta, Cuestionarios, Prevención, Intervenciones Virtuales.

Introducción

"Dispepsia" es un término que deriva del griego y significa "mala digestión". Es un desorden funcional.

Sin embargo, hay una serie de entidades orgánicas que pueden ocasionar síntomas dispépticos. Dichas entidades deben ser reconocidas prematuramente, dado que el enfoque terapéutico cambia radicalmente. La dispepsia funcional es aquella en la que no existen evidencias estructurales o bioquímicas de enfermedad orgánica ni se detecta la presencia de alguna de las llamadas “banderas rojas” o “signos de alarma” (pérdida de peso, fiebre, anemia, leucocitosis, malestares o dolores nocturnos que despiertan al paciente, etc.). Es un motivo de consulta muy frecuente entre los gastroenterólogos, médicos generalistas y de otras especialidades. Asimismo, es controvertida desde los puntos de vista de su definición, clasificación y los enfoques diagnósticos y terapéuticos. Desde el punto de vista fisiopatológico, como en toda patología funcional es importante destacar las alteraciones a nivel del eje cerebro-intestinal. Los Criterios Roma II para dispepsia funcional tratan de facilitar la comprensión de algunos de sus aspectos, pero aunque están vigentes desde hace varios años aún permanecen desconocidos por muchos médicos. Los conocimientos que se tienen de la dispepsia funcional varían entre las distintas poblaciones médicas. Para estimar cuál es el conocimiento actual de esta patología de diversos especialistas a nivel nacional hemos realizado esta encuesta en forma virtual, la cual pretendemos validar en este trabajo.

Contexto del trabajo y observaciones preliminares.

El presente trabajo muestra los resultados del diseño de una encuesta piloto que indagó creencias, criterios y conductas médicas, referidas al abordaje de la dispepsia funcional entre médicos de la República Argentina, usuarios de un portal médico que funciona dentro de la Red Virtual **intraMed**.

En este trabajo se muestran los resultados de la encuesta, puesta en línea (“colgada *on-line*”, en la jerga informática) a través de esta plataforma de Internet, por un período de treinta días.

Acerca de las medidas-resultado, las medidas calculadas fueron las siguientes:

Distribución de las respuestas más frecuentes para cada pregunta por parte de los médicos a nivel global nacional, tomando como denominador la población potencial ante la cual fuera expuesta dicha encuesta; la distribución de respuestas más frecuentes, por cada especialista dentro de su especialidad. O sea, por ej., el número de gastroenterólogos que respon-

dieron a un ítem, dividido el total de gastroenterólogos de dicha población virtual expuesta a la encuesta (se denomina “tasa específica”) y otras descriptas en el apartado **Materiales y métodos**.

Justificación del Proyecto. Dado que se trató de una experiencia piloto, con tres propósitos simultáneos: a) validar el instrumento, b) conocer conocimientos y prácticas más frecuentes de los usuarios potencialmente elegidos, y c) identificar también grupos menos informados y despertarles interés en la actualización. Se calcularon los resultados en función de las tasas específicas según la especialidad, (un modo de ver cómo variaban los conocimientos en función de las mismas), así como el peso tuvieron las mismas a nivel global dentro del conjunto de los individuos “expuestos” a la encuesta. Podía darse el caso de ser muy frecuente la respuesta si sólo se la consideraba dentro de la especialidad, pero al considerar el peso de dicha respuesta a nivel de la población de usuarios potencialmente expuestos a la encuesta, podía ser poco representativa. Eso fue pensado con un criterio de darle, a los resultados que se obtuvieran a partir de la encuesta, un peso como herramienta de apoyo logístico a los sectores médicos con menor acceso a la información y de observar cuál era la distribución y el peso de las especialidades a nivel del territorio nacional. Considerando que la encuesta tiene algunas preguntas que inducen una respuesta y que podrían ser cuestionadas como preguntas metodológicamente mal formuladas (por ej: “¿Le resulta fácil definir la dispepsia funcional?”), se las incluyó por el valor que las mismas tuvieron como herramienta de “investigación-acción”: al mismo tiempo que se interrogaba, se despertaría el interés de informarse, cotejar con otros colegas distantes, identificar cuáles eran los especialistas con menor información que podrían recibir mayor apoyo luego de la implementación de la misma. Por todos estos motivos, se calcularon medidas de inferencia habituales y otras creadas para ponderar el peso de la respuesta tanto a nivel especialidad como a nivel “todos los usuarios expuestos”, que permitieran generalizar a una población similar, tomando en cuenta que los respondedores (n=622) sólo representaron un pequeño porcentaje de la población estudiada (el 5%, aproximadamente), con los consiguientes sesgos que esto pudiera ocasionar.

La encuesta fue planteada considerando tres ejes del problema. Primero, fue respondida espontáneamente por aquellos profesionales que quisieron o

podieron acceder a la misma y decidieron participar voluntariamente. Se dio por aceptada la conformidad en participar, por el sólo hecho de responder, confiando en que los directores del proyecto mantendrían las normativas éticas y la confidencialidad de los datos. Los resultados fueron limítrofes con un 5% de error que se puede cometer al utilizar la herramienta estadística. Esto significa que deberán ser interpretados como resultados preliminares de una encuesta piloto que se decidió validar, con una alta probabilidad de sesgo, hasta tanto, en futuros estudios se diseñe una muestra adecuada, a los efectos de disminuir cualquier fuente de error o aspecto local que no haya sido contemplado. En segundo lugar, constituye sólo el principio de una tarea que fue ideada por los investigadores como paso inicial para acercarse a una problemática, cuya prevalencia es alta en los consultorios de clínicos, cirujanos, gastroenterólogos, médicos de familia y gerontólogos, en particular si se considera que nuestro país es extenso y que en algunas provincias el acceso a la información se hace más difícil, por falta de complejidad, o equipamiento tecnológico. Éste constituye el tercer eje de este trabajo, formando parte de la justificación del mismo: establecer cuál es el alcance del uso de la herramienta informática, tanto en lo que se refiere al conocimiento de nuestra población médica, como a los criterios locales adoptados y la eventual educación médica continua.

Debemos agregar un aspecto adicional: si bien al tratar el diseño del proyecto nos hemos manejado con las definiciones clásicas del Diseño, cabe la reflexión acerca de si el hecho de poner una encuesta *on-line* no formaría parte de las denominadas investigaciones participativas, conocidas tradicionalmente como "Investigación Acción".

A partir de una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos computarizadas como *Pub Med*, *Ovid Technologies* (palabras clave: *Prevention*, *Virtual Surveys*, *Virtual Assessment*), (*INTERNET* and *VIRTUAL SAMPLE* and *QUESTIONNAIRES*), (*SURVEYS* and *PHYSICIANS* and *INTERNET*) se hallaron trabajos que destacan la importancia de la telemedicina en diferentes programas de atención y educación médica². En todos ellos se describe cómo funcionan y se han hecho evaluaciones positivas de su uso. Aparecen también los diseños "a medida" por medio de Internet creados para mejorar la práctica de los médicos³. En un artículo reciente se destaca cómo la comunicación y evaluación a través de In-

ternet puede considerarse como facilitadora para el abordaje de ciertas acciones preventivas, en donde aspectos referidos al pudor o por miedo a las consecuencias que puedan acarrearles el brindar información, se evitan gracias al anonimato de la respuesta electrónica y favorecen la disposición a participar.⁴ Otros trabajos destacan el rol de Internet y cuán fidedignas son las respuestas impartidas.⁵

Objetivos

En una población cautiva virtual de médicos especialistas de la República Argentina usuarios de la red IntraMed, se decidió implementar una encuesta cuyo objetivo fue:

1. Determinar cuáles fueron las creencias, criterios y conductas médicas diagnósticas y terapéuticas más frecuentemente asociadas al cuadro clínico de dispepsia funcional.
2. Estimar qué prevalencia fue la más frecuente, según los profesionales que contestaron, de dispépticos (tanto en la consulta mensual como diaria).
3. Determinar la prevalencia más frecuente de enfermedad orgánica (tal como fuera estimada por los profesionales que respondieron) dentro de los pacientes que consultaron a sus consultorios por dispepsia funcional.

Población y muestras

Criterios de inclusión: Médicos usuarios de IntraMed (gastroenterólogos, especialistas en medicina general, gerontólogos, médicos de familia, endoscopistas, cirujanos generales, y otras especialidades).

Criterios de exclusión: Toco-ginecólogos, ortopedistas y traumatólogos; especialistas en emergencia y trauma (n=43).

Criterios de eliminación: Se eliminaron pediatras (n=3) por la poca frecuencia de respuestas.

Coordenadas témporo-espaciales: El cuestionario fue puesto *on-line* en el Portal Virtual IntraMed desde el 2 de mayo al 30 de mayo del 2005. La recolección de los datos se realizó simultáneamente a la exhibición de la encuesta y su finalización coincidió con el retiro de la misma de la Página Web. **Reparos éticos:** Se dio por supuesto que la información sería confidencial, conservando el secreto profesional, sin identificación de los usuarios que respondieran espontáneamente, así como también el hecho de responder a la misma fuera una aceptación del consentimiento informado por parte de los profesionales participantes.

Tipo de muestreo. Procedimientos: No probabilístico, de tipo accidental. Dado que el diseño fue de tipo exploratorio y el medio no tradicional (virtual), no se estimó un tamaño muestral al no contar con trabajos similares previos para poder hacerlo. Se

decidió incluir todas las respuestas espontáneas de la población que satisficieran criterios de definición de la misma, luego de exponerse la encuesta y recolectarse simultáneamente la información durante el mismo período en que fuera exhibida *on-line*.

Tabla 1
Distribución de frecuencias de los médicos que respondieron voluntariamente a la encuesta según especialidad y provincia.

PROVINCIA	Especialidad	Médicos	TOTPROV	PORCENT
CAP	Cardiología	1	269	0,4
CAP	Cirugía General	63	269	23,4
CAP	Clínica Médica	48	269	17,8
CAP	Emerg./ Trauma	2	269	0,7
CAP	Gastroenterol.	12	269	4,5
CAP	Gerontología	4	269	1,5
CAP	Med. General	136	269	50,6
CAP	Otra	1	269	0,4
CAP	Pediatría	1	269	0,4
CAP	Ort. y Traumat.	1	269	0,4
PCIABSAS	Cirugía General	25	125	20,0
PCIABSAS	Clínica Médica	10	125	8,0
PCIABSAS	Gastroenterol.	5	125	4,0
PCIABSAS	Gerontología	2	125	1,6
PCIABSAS	Med. General	85	125	68,0
PCIABSAS	Pediatría	1	125	0,8
CATAMARCA	Cirugía General	1	2	50,0
CATAMARCA	Clínica Médica	1	2	50,0
CHACO	Cirugía General	2	6	33,3
CHACO	Med. General	4	6	66,7
CHUBUT	Clínica Médica	1	4	25,0
CHUBUT	Gastroenterol.	2	4	50,0
CHUBUT	Med. General	1	4	25,0
CÓRDOBA	Cirugía General	13	46	28,3
CÓRDOBA	Gastroenterol.	3	46	6,5
CÓRDOBA	Med. General	28	46	60,9
CÓRDOBA	Pediatría	1	46	2,2
CÓRDOBA	Tocoginecolog.	1	46	2,2
CORRIENTES	Cirugía General	5	11	45,5
CORRIENTES	Clínica Médica	1	11	9,1
CORRIENTES	Gastroenterol.	2	11	18,2
CORRIENTES	Med. General	2	11	18,2
CORRIENTES	Med. Familiar	1	11	9,1
ENTRE RÍOS	Cirugía General	3	10	30,0
ENTRE RÍOS	Clínica Médica	1	10	10,0
ENTRE RÍOS	Gerontología	2	10	20,0

PROVINCIA	Especialidad	Médicos	TOTPROV	PORCENT
ENTRE RÍOS	Med. General	1	10	10,0
ENTRE RÍOS	Otra	1	10	10,0
ENTRE RÍOS	Tocoginecolog.	2	10	20,0
FORMOSA	Cirugía General	1	1	100,0
JUJUY	Cirugía General	1	3	33,3
JUJUY	Med. General	2	3	66,7
LA PAMPA	Cirugía General	2	7	28,6
LA PAMPA	Gerontología	2	7	28,6
LA PAMPA	Med. General	3	7	42,9
LA RIOJA	Cirugía General	2	3	66,7
LA RIOJA	Gastroenterol.	1	3	33,3
MENDOZA	Cardiología	1	12	8,3
MENDOZA	Cirugía General	1	12	8,3
MENDOZA	Clínica Médica	1	12	8,3
MENDOZA	Gerontología	1	12	8,3
MENDOZA	Med. General	7	12	58,3
MENDOZA	Med. Familiar	1	12	8,3
MISIONES	Cirugía General	2	3	66,7
MISIONES	Gastroenterol.	1	3	33,3
NEUQUÉN	Cirugía General	3	13	23,1
NEUQUÉN	Clínica Médica	1	13	7,7
NEUQUÉN	Med. General	7	13	53,8
NEUQUÉN	Med. Familiar	2	13	15,4
RÍO NEGRO	Cirugía General	4	9	44,4
RÍO NEGRO	Clínica Médica	1	9	11,1
RÍO NEGRO	Med. General	4	9	44,4
SALTA	Cirugía General	1	5	20,0
SALTA	Med. General	4	5	80,0
SAN JUAN	Gastroenterol.	1	7	14,3
SAN JUAN	Med. General	6	7	85,7
SAN LUIS	Clínica Médica	1	4	25,0
SAN LUIS	Gastroenterol.	1	4	25,0
SAN LUIS	Med. General	2	4	50,0
SANTA CRUZ	Med. General	3	3	100,0
SANTA FE	Cirugía General	12	55	21,8
SANTA FE	Clínica Médica	3	55	5,5
SANTA FE	Gastroenterol.	4	55	7,3
SANTA FE	Gerontología	3	55	5,5
SANTA FE	Med. General	32	55	58,2
SANTA FE	Med. Familiar	1	55	1,8
SANTIAGO DEL ESTERO	Cirugía General	2	7	28,6
SANTIAGO DEL ESTERO	Gerontología	1	7	14,3
SANTIAGO DEL ESTERO	Med. General	4	7	57,1
TIERRA DEL FUEGO	Gerontología	1	1	100,0
TUCUMAN	Cirugía General	2	16	12,5
TUCUMAN	Clínica Médica	3	16	18,8
TUCUMAN	Gastroenterol.	1	16	6,3
TUCUMAN	Gerontología	1	16	6,3
TUCUMAN	Med. General	9	16	56,3

Materiales y métodos

Diseño: Exploratorio, prospectivo, transversal, observacional, descriptivo e inferencial. Prueba piloto y validación.

Implementación del proyecto: La invitación a participar fue realizada a todos aquellos usuarios que estaban suscriptos al *newsletter* de la red de IntraMed. Esto incluyó a una población potencial de 12.849 usuarios. Se envió un *e-mail*, no sólo se publicó un *banner* en la página inicial del portal sino que fue enviada en el *newsletter* dirigido a los usuarios de dicha red.

La encuesta fue expuesta en el portal médico *online* durante el mes de mayo del 2005 y se recibieron las respuestas (recolección de la información) durante el mismo período en que la misma estuvo en línea.

Variables estudiadas

1-Facilidad de definición de dispepsia es fácil, es difícil; 2-“Conoce Criterios de Roma II”: si/no; 3-Síntomas principales de dispepsia: a)Dolor/males-tar intestinal; b)Distensión abdominal; c)Náuseas; c)Vómitos postprandiales; d)Sensación de plenitud; e)Saciadad precoz; f) Acidez; g) Sueño post-pran-dial (todos respondidos por Si o por No); 4-“Helicobacter Pylori es factor etiológico”: Si/No; 5. “Se lo debe investigar y tratar: Si /No; 6. “Solicita estudios previos al tratamiento de prueba”: Si/No; 7.Si la pregunta 6 es afirmativa, Tipo estudios previos solicitados: a) Análisis laboratorio; b) Seriado esófa-go-gastroduodenal; c) Endoscopía alta; d) Endosco-pía baja; e) Ecografía; f) Tomografía computada; g) Electrogastrografía; h) Manometría antroduodeno-yeyunal; i) Estudio de vaciamiento gástrico; j) Otros; (todos respondidos por Si o por No);(con más de una opción); 8. Estudios solicitados ante fracaso de tratamiento de prueba: a) Análisis laboratorio; b) Se-riada esófagogastroduodenal; c) Endoscopía alta; d) Endoscopía baja; e) Ecografía; f) Tomografía com-putada; g) Electrogastrografía; h) Manometría antro-duodeno-yeyunal; i) Estudio de vaciamiento gástrico; j) Otros (todos respondidos por Si o por No)(Pueden responder más de una opción); 9. “Indica dieta”: Si/No; 10. Si la pregunta 10 es afirmativa, Tipo de dieta indicada: a) Pre-elaborada; b) Personalizada; c) Según lo que coma el paciente,(todas respondi-dos por Si o por No),(se podría responder más de una opción); 11. “Clasificación más acertada de dis-pepsia”: a) Fermentativa-putrefactiva; b) Hiposténi-ca -hiperesténica; c) Ulcerosa-no ulcerosa; d) Tipo

dismotilidad-Tipo reflujo-Tipo ulcerosa; e) Todas ellas; f) Ninguna de ellas; (todas respondidos por Si o por No)(Pueden responder más de una opción); 2. “Fármacos más útiles”: a) Antiespasmódicos; b) Pro-quinéticos; c) Colagogos- Coleréticos; d) Antiflatu-lentos; e) Anti-ácidos; f) Bloqueantes H2 g) Blo-queantes de la bomba de Protones h) Antibióticos i) Probióticos; j) Ansiolíticos; k) Antidepresivos; l) Otros; (todos respondidos por Si o por No)(Pueden responder más de una opción); 13. Forma de indi-cación: a) Permanente b) Cíclicamente c) Deja que lo maneje el paciente; 14.” Número de pacientes estimados por el médico en consulta mensual”: a) 0-25; b) 25-50; c) 50-100 d) >100;15. “Porcentaje de pacientes estimados por el médico en la consulta diaria”: a) 0-10%; b) 10-20%; c) 20-30%; d) 30-40%; e) 40-50%; f) >50%16. “Porcentaje de pa-cientes con patología orgánica estimados por el mé-dico entre los dispépticos”: a) 0-10%; b) 10-20%; c) 20-30%; d) 30-40%; e) 40-50%; f) >50%.

Observaciones: Todas estas variables fueron medidas en escala nominal. Y fueron respondidas por médicos de diferentes especialidades.

Materiales y técnicas

Se diseñó un cuestionario (encuesta) a los efectos de relevar la información de interés, objeto de la presente investigación (ANEXO I).

Tipo de instrumento diseñado: Cuestionario enviado por Internet. El cuestionario constaba de 16 preguntas pre-codificadas. Las preguntas fueron de tipo cerrado, se relevaron conocimientos, dificultades, conductas diagnósticas y clínicas adoptadas, opiniones y creencias sobre la dispepsia funcional en adultos. También, prevalencias de consultas a nivel mensual, diario y prevalencia de enfermedad orgánica asociada.

Un primer grupo de preguntas exploró aquellas dificultades asociadas a:

- 1- La definición de dispepsia funcional.
- 2- La definición de dispepsia que creen más acertada.
- 3- La posibilidad de estar actualizado con respecto a los nuevos criterios estándares fijados, por ej. “Criterios de Roma II”.
- 4- Al signo principal con el que identifican dicha entidad.
- 5- Los conocimientos sobre la relación del “H. Pylori” con la Dispepsia en términos de etiología.

Una segunda serie de preguntas indagó la relación del conocimiento etiológico con la conducta diagnóstica.

1-El momento de solicitud de estudios diagnósticos: si previo a los tratamientos de prueba o no.

2-Los tipos de estudios solicitados tanto entre quienes los solicitan previamente como entre quienes no lo hacen, y qué tipo de estudios piden en ambos casos.

Luego comienzan las preguntas sobre la conducta terapéutica que se cree la más adecuada:

1-Si se indica dieta o no.

2-Tipos de dieta (en caso afirmativo).

3-Fármacos considerados como más útiles y la modalidad de indicación de los mismos.

Finalmente se interrogan aspectos relativos a la prevalencia de dispepsia funcional dentro de la consulta mensual y de la consulta diaria. Asimismo se estima la Prevalencia de enfermedad de causa orgánica dentro de quienes consultaron por dispepsia funcional.

El último grupo de preguntas exploró prevalencias posibles de las siguientes categorías:

1- Pacientes dispépticos estimados por el médico en la consulta mensual.

2-Pacientes dispépticos estimados por el médico en la consulta diaria.

Dentro de la muestra de estos pacientes la tasa de pacientes dispépticos que éstos estimaron presentaban enfermedad orgánica.

Almacenamientos de los datos y ficha de registro de los datos: Se envió por *e-mail* la encuesta que contenía las respuestas pre-codificadas para su llenado. Se recibieron por vía electrónica las encuestas respondidas. Los datos fueron cargados en una planilla de cálculos *EXCEL 7.0 EXCEL (Microsoft Office, Windows XP 2003*, ingresando los mismos en función de cada pregunta de la encuesta).

Procesamiento de datos y presentación de resultados:

Se procesaron los datos con los siguientes paquetes estadísticos computarizados: *Epi-info 2000 (CDC, Atlanta)*; *Statistica 5.1 (Statsoft)*.

Se realizaron distribuciones de frecuencias de los porcentajes, con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%. Se calcularon las prevalencias se-

gún fórmula y se refirieron con sus correspondientes intervalos de confianza al 95%.

Los porcentajes calculados dentro de cada especialidad fueron **Tasas específicas de misma**. Se calcularon tomando como base (denominador) a la totalidad de usuarios de esa especialidad de la población accesible virtual que estuvieron expuestos a la encuesta y que satisficieron los criterios de inclusión. La distribución de especialistas incluidos fue la siguiente: a) Médicos generales: 9227; b) Gerontólogos: 151; c) Médicos de familia: 76; d) Cirujanos generales 2871; e) Otras especialidades: 16; f) Gastroenterólogos: 465.

El resto de las especialidades fueron excluidas o eliminadas del análisis, pese a haber respondido, por el hecho de representar en su totalidad una suma poco considerable.

Se fijaron los criterios de exclusión y eliminación por los siguientes motivos: o la actividad no se relacionaba directamente con la entidad clínica (exclusión), o su frecuencia era tan baja que se presumió no arrojaría intervalos de confianza informativos.

Para las preguntas realizadas se diseñaron también las tablas con las tasas específicas según especialidad y sus correspondientes intervalos de confianza al 95%, dada la potencial variabilidad esperada en las respuestas en función de cada especialidad.

Construcción de los gráficos: Se crearon dos medidas especiales para construir los gráficos. Una para ilustrar las respuestas a nivel global entre la totalidad de usuarios de la red (población virtual accesible a nivel global) que fueron expuestos a la encuesta (médicos incluidos, excluidos y eliminados), es decir: número total de usuarios que respondieron a esa pregunta dividido los 12.840 usuarios expuestos a la encuesta. Resumiendo: si respondieron 45 gastroenterólogos y 151 gerontólogos, en el numerador se sumaron ambos grupos (n=196) y luego se los dividió sobre el total de usuarios expuestos a la encuesta (n= 12.840). Se obtuvo una proporción que se multiplicó por 100 para obtener el porcentaje.

Otra se ideó para mostrar el peso de los mismos respondedores, sumándolos, sin discriminar por especialidad, dividido la suma de médicos de cada una de las especialidades que contestaron dentro de la población.

Por ej., Suma del número de profesionales de cada especialidad que respondieron a esa pregunta/ Suma de la totalidad de médicos de ese conjunto

de especialistas dentro de la población virtual accesible expuesta a la encuesta (esta proporción luego fué multiplicada por 100 para poder obtener un porcentaje). O sea, si respondieron 45 gastroenterólogos y 151 gerontólogos, en el numerador se sumaron ambos grupos (196) y en el denominador se sumaron los 465 gastroenterólogos más los 151 gerontólogos expuestos a la encuesta de dicha población de usuarios (lo que equivale a 616 médicos en el denominador).

La primera medida intentó mostrar el peso a nivel usuarios virtuales totales expuestos a la encuesta, mientras que la segunda se ideó para dar una imagen visual de cuánto pesó la especialidad dentro del grupo de esos mismos especialistas que contestaron (sin los médicos excluidos o eliminados). Esta decisión se tomó a los efectos de ilustrar mejor a los lectores, investigadores y decisores, el peso de las opiniones vertidas en cada pregunta, relativizándolas a su peso por especialidad. En las preguntas donde sólo respondieron médicos de alguna especialidad, pero no de todas las incluidas, el denominador de los porcentajes obtenidos fue la suma de los totales en la población virtual expuesta de la especialidad que respondió.

Se tomó la decisión de mostrar sólo aquellos intervalos de confianza al 95% ≥ 1 , definiendo que pasar por el cero podría significar tanto la presencia de la condición en estudio así como su ausencia, no siendo éste informativo. El hecho de que para ciertas condiciones en estudio no se hayan encontrado profesionales que hubiesen respondido o que sus IC 95% pasaran por el cero no deberá interpretarse necesariamente en términos de que dicha condición deje de existir en la muestra estudiada, sino que no se ha tenido aún la oportunidad de hallarla, dado que no hubo muestreo estimado, que la prueba fue piloto y que el bajo número de individuos que contestaron esta encuesta no necesariamente es representativo de la totalidad de médicos que la leyeron, eventualmente se abstuvieron, o que por ausencia de recursos tecnológico-informáticos, no pudieron acceder a la misma. Esta salvedad la hacemos a los efectos de no incurrir en sesgos altamente probables. Esto no nos permite afirmar que la condición no existe en la muestra, porque se podría cometer un error de tipo de magnitud.

Resultados

Si bien desconocemos si estos resultados preliminares se corresponden con una muestra representativa

del conjunto de los usuarios expuestos a la encuesta, y dado que hemos observado que el número de usuarios que ha respondido constituye una cifra cercana al 5% de la misma, sugerimos interpretar los mismos como información preliminar obtenida hasta el momento, con los sesgos que supone la superposición con el error estipulado del 5%. Los hallazgos serán enunciados siguiendo las cuatro áreas temáticas principales ya descriptas. Evaluaremos si las preguntas lograron medir lo que se proponían medir.

Hallazgos relacionados a la dificultad de definir la dispepsia funcional

Fue mayor la cantidad de médicos que reconocieron haber presentado dificultad en definir la dispepsia funcional que los que no (tabla 2). Los especialistas que menos dificultades presentaron fueron los gastroenterólogos y los que más dificultad tuvieron fueron los gerontólogos. (tabla 3)

A nivel de la población global, fueron menos los médicos que conocían los Criterios de Roma II que quienes lo conocían (tabla 4). Al discriminar por especialidad se halló que los gastroenterólogos presentaron el mayor porcentaje de conocedores de dichos criterios, mientras que los profesionales que ejercían medicina familiar y medicina general fueron los que menos los conocían. (tabla 5)

En la tabla 6 y 7 aparecen los síntomas más frecuentes relacionados con dispepsia funcional: a nivel global, se observó que el dolor y malestar abdominal fue el referido con más frecuencia por todos los especialistas. La discriminación según especialidad permitió observar que la mayoría de las especialidades que respondieron coincidieron en la sensación de "plenitud" como el síntoma más característico (cirujanos generales, gastroenterólogos, gerontólogos, y médicos de familia). Sin embargo, aunque la mayoría coincidió, los gerontólogos también consideraron como segunda opción al dolor y malestar abdominal, y los especialistas en medicina familiar consideraron a éste el signo principal.

En la población global expuesta había más reconocedores del H. Pylori como factor etiológico de la dispepsia funcional (gráfico 1). Cuando se analizó según especialidad, los médicos que tuvieron el mayor porcentaje fueron los cirujanos generales y la especialidad que tuvo el menor número de reconocedores fueron los gastroenterólogos. (tabla 8)

Tabla 2. Prevalencia de médicos con dificultad en definir dispepsia (I de C 95%)

Es fácil	Prev.Poblac	nºprofesión	nºEspecial.	Tasa Especifica	I de C 95%Li*	I de C 95%Ls**
SI	0,83	103	3412	3,00%	2,50%	3,70%
NO	2,12	263	12806	9,90%	9,40%	10,40%

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Tabla 3. Distribucion de frecuencias de especialistas según su dificultad en definir dispepsia

ES FÁCIL	ESPECIALIDAD	Nº PROF	TOTAL USUARIOS	Prevalencia	I de C 95% Li *	Ls **
SI	Cirugía General	82	12.849	2,90 %	2,30 %	3,60 %
	Med. Familiar	1	12.849	1,30 %	0,00 %	7,10 %
	Gastroenterólogos	20	12.849	4,30 %	2,70 %	6,70 %
NO	Cirugía General	63	12.849	2,20 %	1,70 %	2,80 %
	Gerontología	7	12.849	6,60 %	3,40 %	12,20 %
	Med. General	175	12.849	1,90 %	1,60 %	2,20 %
	Gastroenterología	13	12.849	2,80 %	1,60 %	4,90 %
	Med. Familiar	4	12.849	5,30 %	1,50 %	12,90 %
	Otra	1	12.849	6,20 %	0,20 %	30,20 %

■ Frecuencia (sujeto a tamaño muestral)

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Tabla 4. Tasa específica de médicos que conocían los Criterios de Roma II

CONOCE	TASA ESPECÍFICA%	I de C 95% Li*	Ls**
Si	1,10%	0,90%	1,30%
No	3,10%	2,80%	3,50%

*Li= límite inferior del Intervalo de Confianza

** Ls=límite superior del Intervalo de Confianza

Hallazgos de la relación “reconocedor de la etiología de la dispepsia funcional” y la conducta diagnóstica adoptada

El reconocer al H. Pylori como factor etiológico de la dispepsia funcional se asoció con dos conductas diagnósticas adoptadas diferentes:

a) Quienes pedían estudios diagnósticos antes de tratar.

b) Quienes los solicitaban luego del fracaso del tratamiento de “prueba”.

Fueron más frecuentes los profesionales que pedían exámenes previo a medicar. (gráfico 2)

Los especialistas que más indicaron examen pre-

vio a tratamiento fueron los gerontólogos, siguiéndoles los especialistas en medicina general.

De los profesionales que no pedían examen previo a tratamiento, sólo podemos referir la frecuencia de los gastroenterólogos, dado que los demás profesionales que respondieron tuvieron intervalos de confianza 95% que pasaron por cero, sin ser éstos informativos. (ver tabla 9)

Con respecto al tipo de estudio solicitado con más frecuencia según especialidad se observó (tabla 10): Cirujanos generales: endoscopia alta y en segundo lugar análisis de laboratorio.

Gastroenterólogos: la endoscopia alta.

Tabla 5. Tasa específica de especialistas que conocían los Criterios de Roma II (I de C 95%)

conoce ROMAII	Especial	n°prof	Nº especialistas	T asa Espec	I de C 95 (%) Li*	Ls**
no	Cirugía General	110	2871	3,80%	3,20%	4,60%
si		35	2871	1,20%	0,90%	1,70%
no	Gastroenterólogos	5	465	1,10%	0,40%	2,50%
si		28	465	6,00%	4,10%	8,70%
no	Gerontología	14	151	9,30%	5,40%	15,40%
si		3	151	2,00%	0,40%	5,70%
no	Med. Familiar	5	76	3,30%	1,10%	7,60%
no	Med. General	265	9227	2,90%	2,50%	3,20%
si		74	9227	0,80%	0,60%	1,00%
no	Otra	2	16	0,00%	0,00%	0,10%

■ Frecuencia=

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Tabla 6. Síntomas más frecuentes de dispepsia referidos por los médicos: distribución de frecuencias de las prevalencias

SÍNTOMA	NUM. PROF.	TOT. POBLAC.	PREV.	I de C 95 % Li*	L sup**
Dolor/malestar addominal	190	12849	1,50%	1,30%	1,70%
Distensión abdominal	121	12849	0,90%	0,80%	1,10%
Náuseas	5	12849	0,00%	0,00%	0,10%
Vómitos post-prandiales	4	12849	0,00%	0,00%	0,10%
Plenitud	162	12849	1,30%	1,10%	1,50%
Saciedad precoz	7	12849	0,10%	0,00%	0,10%
Acidez	51	12849	0,40%	0,30%	0,50%
Sueño post-prandial	1,00	12849	0,00%	0,00%	0,00%

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

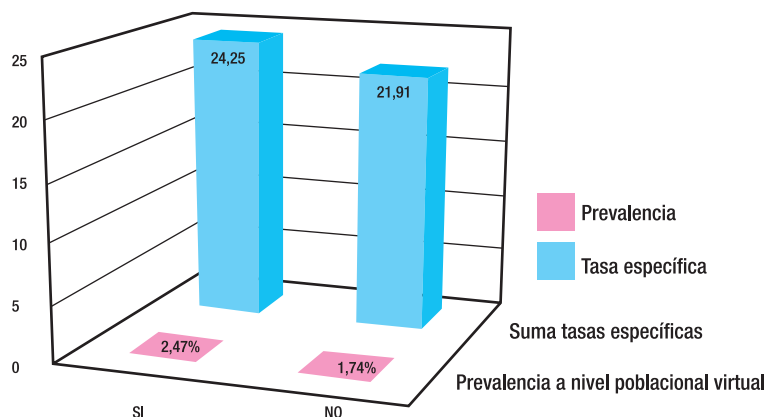
Gráfico 1. Prevalencia de *H. pylori* como factor etiológico de la dispepsia

Tabla 7. Síntomas más frecuentes de dispepsia referidos por los especialistas: distribución de frecuencias

ESPECIALIDAD	PRINC.SÍNTOMAS	Nº ESPECIAL	TOT.ESPEC	% en ESPECIAL	I de C 95 % Li*	Ls**
Cirugía General	Acidez	11	2871	0,40%	0,20%	0,70%
	Dist.abdominal	28	2871	1,00%	0,70%	1,40%
	Dol.malest.abdominal	44	2871	1,50%	1,10%	2,10%
	Plenitud	59	2871	2,10%	1,60%	2,70%
	Saciedad precoz	2	2871	0,10%	0,00%	0,30%
Gastroenterología	Vómitos post-prandiales	1	2871	0,00%	0,00%	0,20%
	Dist. abdom	11	465	2,40%	1,20%	4,30%
	Dol.malest.abdominal	10	465	2,20%	1,10%	4,00%
Gerontología	Plenitud	12	465	2,60%	1,40%	4,60%
	Acidez	1	151	0,70%	0,00%	3,60%
	Dist. abdominal	1	151	0,70%	0,00%	3,60%
	Dol.malest.abdominal	6	151	4,00%	1,50%	8,40%
	Náuseas	1	151	0,70%	0,00%	3,60%
Med. Familiar	Plenitud	8	151	5,30%	2,30%	10,20%
	Dist. Abdominal	2	76	2,60%	0,30%	9,20%
	Dol. Malest. abdominal	1	76	1,30%	0,00%	7,10%
Med. General	Plenitud	2	76	2,60%	0,30%	9,20%
	Acidez	38	9227	0,40%	0,30%	0,60%
	Dist.abdominal	79	9227	0,90%	0,70%	1,10%
	Dol.malest. abdominal	128	9227	1,40%	1,20%	1,70%
	Náuseas	4	9227	0,00%	0,00%	0,10%
	Plenitud	81	9227	0,90%	0,70%	1,10%
	Saciedad precoz	5	9227	0,10%	0,00%	0,10%
	Sueño post-prandial	1	9227	0,00%	0,00%	0,10%
Otra	Vómitos post-prandiales	3	9227	0,00%	0,00%	0,10%
	Acidez	1	16	6,20%	0,20%	30,20%
	Dol.malest.abdominal	1	16	6,20%	0,20%	30,20%

■ Síntoma más frecuente

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

**Ls=límite superior del intervalo de confianza

Gerontólogos: en primer lugar análisis de laboratorio y luego seriada esófagogastrroduodenal.

Especialistas en medicina familiar: ecografía

Especialistas en medicina general: análisis de laboratorio.

En síntesis, la endoscopia alta y los análisis de laboratorio fueron los estudios diagnósticos más frecuentemente solicitados entre aquellos especialistas que adoptaron una conducta diagnóstica previo a indicar tratamiento.

Dentro del grupo de especialistas que indicaron tratamiento sin pedir estudios previos, los más solicitados, según especialidad, fueron los siguientes:

Cirujanos generales: endoscopia alta y en segun-

do término ecografía.

Gastroenterólogos: endoscopia alta y luego estudios de laboratorio.

Gerontólogos: endoscopia alta.

Especialistas en medicina general: endoscopia alta.

O sea, resumiendo, entre quienes indican estudios diagnósticos previos y los que los piden ante el fracaso del tratamiento de prueba, hubo coincidencia en la mayoría de los profesionales en solicitar endoscopia alta y estudios de laboratorio.

Debemos recordar que por el momento ésta es la única información que estamos en condiciones de suministrar debido al tamaño muestral de los

Tabla 8. Prevalencias de reconocedores del *H. pylori* como factor etiológico según especialidad (tasa específica)

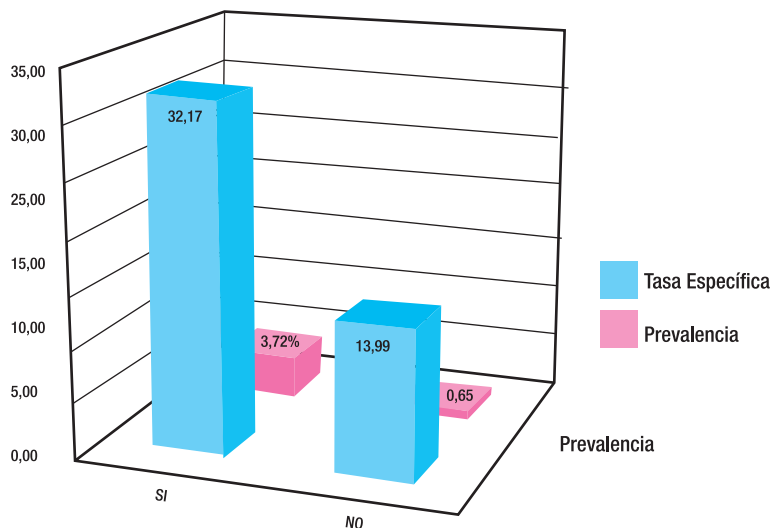
H. P.Fact. Etiol.	Especialidad	nº	TotalEspec	TASA ESPECÍFICA	IdeC95%Li *	Ls**
SI	Cirugía General	87	2871	3,00%	2,40%	3,70%
SI	Gerontología	8	151	5,30%	2,30%	10,20%
SI	Med. General	208	9227	2,30%	2,00%	2,60%
SI	Otra	1	16	6,20%	0,20%	30,20%
SI	Med. Familiar	4	76	5,30%	1,50%	12,90%
SI	Gastroenterología	10	465	2,20%	1,10%	4,00%
NO	Cirugía General	58	2871	2,00%	1,60%	2,60%
NO	Gerontología	9	151	6,00%	2,80%	11,00%
NO	Med. General	131	9227	1,40%	1,20%	1,70%
NO	Otra	1	16	6,20%	0,20%	30,20%
NO	Gastroent	23	465	4,90%	3,20%	7,40%
NO	Med. Familiar	1	76	1,30%	0,00%	7,10%

■ Frecuencia dentro de los que sí reconocían

■ Frecuencia dentro de los que no conocían

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Gráfico 2. Prevalencia de médicos que consideraron necesario diagnosticar *H. pylori* como factor etiológico de la dispepsia

respondedores de una encuesta “colgada *on-line*” durante un período extremadamente corto. Ello no quita que estas cifras puedan modificarse, y deberá ser tenido en cuenta que sólo respondió el 5% de la población expuesta a la encuesta. (tabla 11)

En la tabla 12 se sintetiza esta información, donde se puede visualizar que, si bien los estudios diagnósticos más frecuentemente solicitados son similares en ambos grupos, dentro de quienes indican estudios antes de tratar, los gastroenterólogos y los

Tabla 9. Prevalencia de especialistas que consideran necesario el diagnóstico de *H. pylori* antes de tratar

ESPECIALIDAD	INVESTIGA	TASAESPpXESPEC	nºprof	Tot.espec.	IdeC95% Li*	Ls**
Cirugía	NO	0,52	15	2871	0,30%	0,90%
General	SI	4,53	130	2871	3,80%	5,40%
Gastro	NO	3,44	16	465	2,00%	5,60%
enterol.	SI	3,66	17	465	2,20%	5,90%
Gerontología	NO	1,99	3	151	0,40%	5,70%
	SI	9,27	14	151	5,40%	15,40%
Med. Familiar	NO	1,32	1	76	0,00%	7,10%
	SI	5,26	4	76	1,50%	12,90%
Med. General	NO	0,48	44	9227	0,40%	0,60%
	SI	3,20	295	9227	2,90%	3,60%
Otra	NO	6,25	1	16	0,20%	30,20%
	SI	6,25	1	16	0,20%	30,20%

■ Especialista que más investiga

■ Especialista que menos investiga

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

cirujanos generales son quienes indican con mayor frecuencia la endoscopia alta, mientras que dicho método es solicitado en el grupo que trata empíricamente, sólo luego del fracaso de dicho tratamiento, también por los gerontólogos y médicos especialistas en medicina general.

Hallazgos relativos a la conducta terapéutica adoptada.

Dieta

En los aspectos referidos al tipo de tratamiento indicado, puede observarse que los especialistas que más indicaron dieta fueron los gerontólogos (no incluimos la categoría "Otras", por tener poca casuística). (gráfico 3)

En el Gráfico 4 puede verse por el momento que los gastroenterólogos fueron los especialistas que en su mayor frecuencia no indican dieta.

La mayoría de los médicos refirieron utilizar dietas personalizadas. (tabla 13)

Con respecto a la clasificación más acertada de dispepsia, se observa en el Gráfico 5 que la mayoría de los especialistas coinciden en la de "Tipo dismotilidad / tipo reflujo / tipo ulcerosa". Se complementa este resultado en la tabla 14. La mayor proporción de especialistas que así la consideran, son los gastroenterólogos.

Fármacos

Para los cirujanos generales, los gerontólogos y los gastroenterólogos, los medicamentos más frecuentemente indicados son los proquinéticos, mientras que para los especialistas en medicina general son los bloqueantes de bomba de protones. (tabla 15)

Todas las especialidades coincidieron en que la forma más útil es indicar los medicamentos cíclicamente. (tabla 16)

Aspectos relativos a la prevalencia de dispepsia funcional dentro de la consulta mensual y de la consulta/día. Prevalencia de enfermedad de causa orgánica que motive consulta por dispepsia funcional.

A nivel global la consulta por dispepsia funcional en los consultorios de todos los médicos, fue más frecuente entre el 0% y el 25% de la consulta mensual. (tabla 17)

Cuando se discriminó por especialidad, esta cifra varió. De los datos que pudimos recabar, la consulta por dispepsia funcional representó entre el 0% y el 25% de la consulta mensual entre los cirujanos generales y los especialistas en medicina general, mientras que entre los gastroenterólogos y gerontólogos representó entre el 25% y el 50% de la consulta mensual. (tabla 18)

Tabla 10. Frecuencia de los tipos de estudios indicados por los especialistas que diagnostican *H. pylori* antes de tratar.

ESPECIALISTA	TIPOESTPRE	nºprof	Tot. esp.	Tasa Especifica	I.de C.95 % Li*	Ls**
Cirugía General	Análisis de laboratorio	56	2871	1,95	1,50%	2,50%
	Ecografía	52	2871	1,81	1,40%	2,40%
	Endoscopia alta	75	2871	2,61	2,10%	3,30%
	Endoscopia baja	3	2871	0,10	0,00%	0,30%
	Manometría antroduodenoyeyunal	3	2871	0,10	0,00%	0,30%
	Otros	3	2871	0,10	0,00%	0,30%
	Seriada esófago-gastro-duodenal	26	2871	0,91	0,60%	1,30%
	TAC	1	2871	0,03	0,00%	0,20%
	Vaciamiento gástrico	5	2871	0,17	0,10%	0,40%
Gastroenterol.	Análisis de laboratorio	7	465	1,51	0,60%	3,10%
	Ecografía	9	465	1,94	0,90%	3,60%
	Endoscopia alta	11	465	2,37	1,20%	4,30%
	Seriada esófago-gastro-duodenal	2	465	0,43	0,10%	1,50%
Gerontología	Análisis de laboratorio	11	151	7,28	3,90%	13,00%
	Ecografía	5	151	3,31	1,10%	7,60%
	Endoscopia alta	2	151	1,32	0,20%	4,70%
	Seriada esófago-gastro-duodenal	6	151	3,97	1,50%	8,40%
Med. Familiar	Análisis de laboratorio	1	76	1,32	0,00%	7,10%
	Ecografía	2	76	2,63	0,30%	9,20%
	Endoscopia alta	1	76	1,32	0,00%	7,10%
Med. General	Análisis de laboratorio	115	9227	1,25	1,00%	1,50%
	Ecografía	52	9227	0,56	0,40%	0,70%
	Electrogastrografía	2	9227	0,02	0,00%	0,10%
	Endoscopia alta	73	9227	0,79	0,60%	1,00%
	Endoscopia baja	7	9227	0,08	0,00%	0,20%
	Manometría antroduodenoyeyunal	9	9227	0,10	0,00%	0,20%
	otros	16	9227	0,17	0,10%	0,30%
	Seriada esófago-gastro-duodenal	60	9227	0,65	0,50%	0,80%
	TAC	2	9227	0,02	0,00%	0,10%
	Vaciamiento gástrico	13	9227	0,14	0,10%	0,20%
	Otra	Análisis de laboratorio	1	16	6,25	0,20%
Seriada esófago-gastro-duodenal		1	16	6,25	0,20%	30,20%

■ Estudio que más se solicita

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

**Ls= límite superior del intervalo de confianza

En cuanto al porcentaje que representó en la consulta diaria, varió según especialidad:

Entre los cirujanos generales y los gerontólogos la consulta diaria por dispepsia funcional representó entre el 10% y el 20%, mientras que entre los especialistas en medicina general, representó entre el 0 y el 10% de la consulta diaria. (tabla 19)

También se preguntó de dichas consultas, en qué

porcentaje la dispepsia funcional se asoció a enfermedad orgánica. Los especialistas que tuvieron la menor prevalencia (del 0- al 10% de causa orgánica asociada a dispepsia) fueron: los gerontólogos, los cirujanos generales, y los especialistas en medicina general. Los gastroenterólogos tuvieron una prevalencia entre el 10% y el 20%. (tabla 20)

Tabla 11. Estudios más indicados por los especialistas que indican luego de fracaso de tratamiento “empírico” (no diagnostican *H. pylori* antes de tratar)

ESPECIALIDAD	TIPO DE ESTUDIO	nº Prof.	nº Espec	Tasa Especifica	I de C 95 % Li*	Ls**
Cirugía	Vaciamiento gástrico	28	2871	0,98	0,70%	1,40%
General	TAC	6	2871	0,21	0,10%	0,50%
	Seriada esófo-gastro-duodenal	28	2871	0,98	0,70%	0,80%
	Manometría antro-duodeno-yeyunal	16	2871	0,56	0,30%	0,90%
	Laboratorio	41	2871	1,43	1,00%	2,00%
	Endoscopia alta	84	2871	2,93	2,40%	3,60%
	Endoscopia baja	6	2871	0,21	0,10%	0,50%
	Electrogastrografía	4	2871	0,17	0,00%	0,40%
	Ecografía	44	2871	1,53	1,10%	2,10%
	Otros	12	2871	0,42	0,20%	1,40%
Gastroenterología	Vaciamiento gástrico	3	465	0,65	0,10 %	1,90 %
	Seriada esófo-gastro-duodenal	2	465	0,43	0,10 %	1,50 %
	Laboratorio	12	465	2,58	1,40 %	4,60 %
	Endoscopia alta	24	465	5,16	3,40 %	7,70 %
	Endoscopia baja	2	465	0,43	0,10 %	1,50 %
	Ecografía	10	465	2,15	1,10 %	4,00 %
Gerontología	Vaciamiento gástrico	2	151	1,32	0,20%	4,70%
	Seriada esófo-gastro-duodenal	3	151	1,99	0,40%	5,70%
	Manometría antro-duodeno-yeyunal	1	151	0,66	0,00%	3,60%
	Laboratorio	3	151	1,99	0,40%	5,70%
	Endoscopia alta	11	151	7,28	3,90%	13,00%
	Endoscopia baja	1	151	0,66	0,00%	3,60%
Med. Familiar	Ecografía	4	151	2,65	0,70%	6,60%
	Otros	1	151	0,66	0,00%	3,60%
	Vaciamiento gástrico	1	76	1,32	0,00%	7,10%
	TAC	1	76	1,32	0,00%	7,10%
	Manometría antro-duodeno-yeyunal	2	76	2,63	0,30%	9,20%
	Laboratorio	1	76	1,32	0,00%	7,10%
Med. General	Endoscopia alta	1	76	1,32	0,00%	7,10%
	Endoscopia baja	1	76	1,32	0,00%	7,10%
	Vaciamiento gástrico	51	9227	0,55	0,40%	0,70%
	TAC	24	9227	0,26	0,20%	0,40%
	Seriada esófo-gastro-duodenal	94	9227	1,02	0,80%	1,30%
	Manometría antro-duodeno-yeyunal	38	9227	0,41	0,30%	0,60%
	Laboratorio	74	9227	0,80	0,60%	1,00%
	Endoscopia alta	190	9227	2,06	1,80%	2,40%
	Endoscopia baja	16	9227	0,17	0,10%	0,30%
	Electrogastrografía	14	9227	0,15	0,10%	0,30%
Ecografía	68	9227	0,14	0,60%	0,90%	
Otros	24	9227	0,26	0,20%	0,40%	
Otra	Laboratorio	1	16	6,25	0,20	30,20
	Endoscopia alta	1	16	6,25	0,20	30,20
	Otros	1	16	6,25	0,20	30,20

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Tabla 12. Frecuencia de los estudios más solicitados por los que hacen diagnóstico de *H. pylori* versus quienes dan tratamiento empírico sin antes diagnosticar*

ESTUDIOS SOLICITADOS PREVIO AL TRATAMIENTO	ESTUDIOS SOLICITADOS ANTE LA FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO EMPÍRICO
Estudio que más se indica según especialidad (tasa específica):	Estudio que más se indica según especialidad (tasa específica):
Previo:	Cuando no hay respuesta al tratamiento empírico:
Análisis de laboratorio	Endoscopia alta
Gerontólogos 7.28 % (I de C 95% 3.90- 13)	Cirujanos generales 2.93% (I de C 95% 2.40- 3.60)
Generalistas 1.25 % (I de C 95% 1- 1.50)	Gastroenterólogos 5.16% (I de C 95% 3.40-7.70)
Endoscopia alta	Gerontólogos 7.28% (I de C 95% 3.90-13)
Cirujanos generales 2,61 % (I de C 95% 2.10%-3.30%)	Generalistas 2.06 (1.80-2.40)
Gastroenterólogos 2,37% (I de C 95% 1.20-4.30)	Ecografía
Seriada Esofagogastroduodenal	Cirujanos generales 1.53% (I de C 95% 1.10-2.10)
Gerontólogos: 3.97 % (I de C 95% 1.50%-8.40%)	Análisis de laboratorio
	Gastroenterólogos 2.58% (I de C 95% 1.40-4.60%)

*Los % se acompañaron de sus respectivos Intervalos de confianza al 95%: el primer porcentaje indica el Límite Inferior, el segundo porcentaje indica el Límite superior

Gráfico 3. Distribución de frecuencias de los especialistas que indican dieta

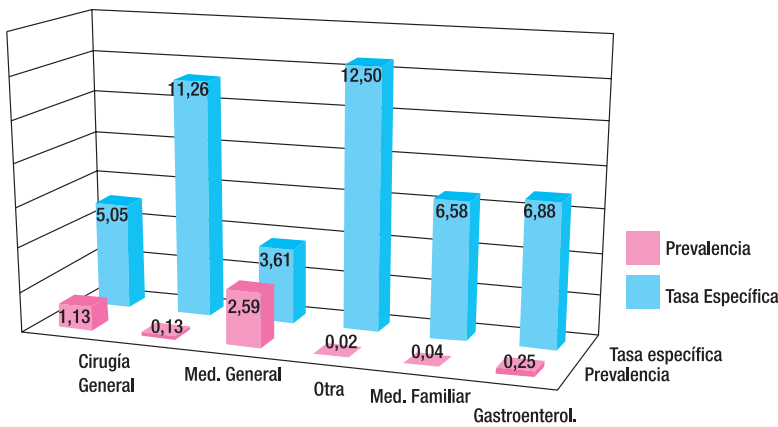


Gráfico 4. Frecuencias de los especialistas que no indican dieta

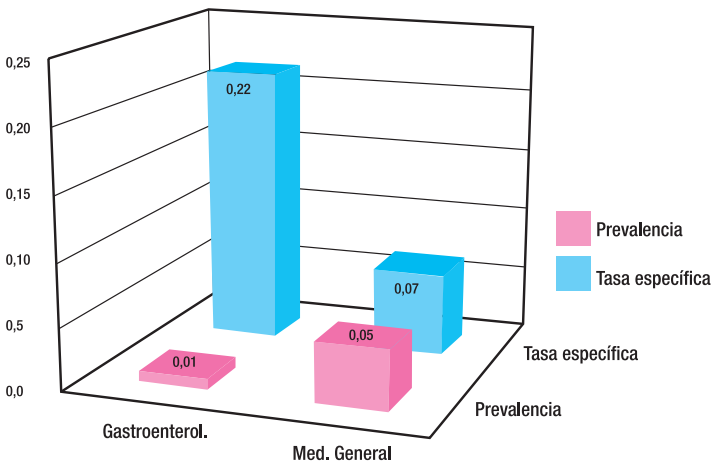


Tabla 13. Distribución de frecuencias del tipo de dieta indicada según especialidad

ESPECIALIDAD	TIPO DE DIETA			%Espec	I de C 95% Li *	Lsup**
Med. General	Según el paciente	61	9227	1,55	0,50 %	0,90 %
	Pre-elaborada	46	9227	0,50	0,40 %	0,70 %
	Personalizada	150	9227	1,63	1,40 %	1,90 %
Med. Familiar	Según el paciente	3	76	3,95	0,80%	11,10%
	Personalizada	2	76	2,63	0,30%	9,20%
Gerontología	Según el paciente	6	151	3,97	1,50%	8,40%
	Pre-elaborada	4	151	2,65	0,70%	6,60%
	Personalizada	7	151	4,64	1,90%	9,30%
Gastroenterología	Según el paciente	20	465	4,30	2,70%	6,70%
	Pre-elaborada	1	465	0,22	0,00%	1,20%
	Personalizada	12	465	2,58	1,40%	4,60%
Cirugía General	Pre-elaborada	23	2871	0,80	0,50%	1,20%
	Personalizada	61	2871	2,12	1,60%	2,70%
Otra	Pre-elaborada	1	16	6,25	0,20%	30,20%
	Personalizada	1	16	6,25	0,20%	30,20%

Tipo de dieta ■ frecuencia

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Gráfico 5. Distribución de frecuencias de qué definición de dispepsia es considerada como la más acertada entre especialidades

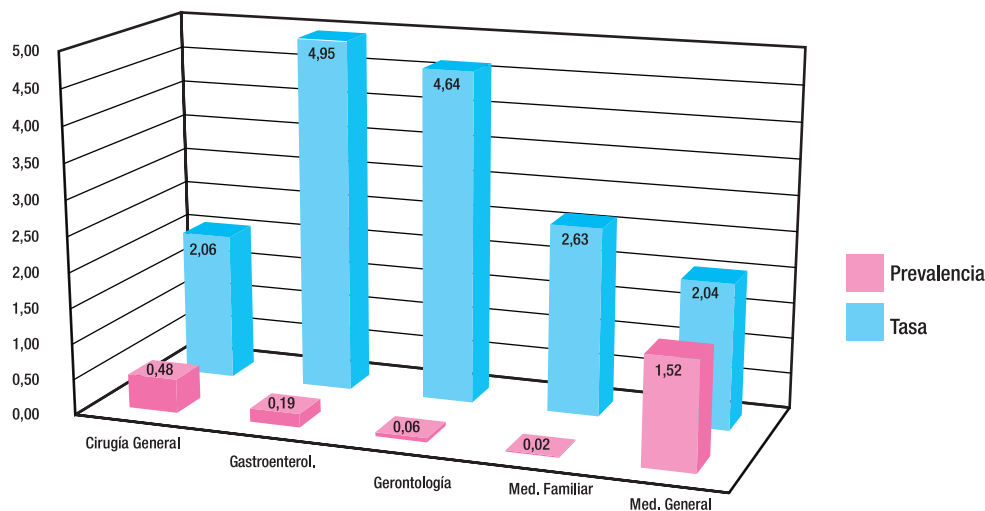


Tabla 14. Distribución de frecuencias de la clasificación más acertada propuesta por los médicos que respondieron de la dieta (según especialidad)

ESPECIALIDAD	CLASIFICACIÓN MÁS ACERTADA	Nº Profesionales	TASA ESPECÍFICA	I de C 95% Li*	Ls**
Cirugía General	a. Tipo dismotilidad / ulcerosa /reflujo	59	2,10%	1,60%	2,70%
	b. Fermentativa – putrefactiva	19	0,70%	0,40%	1,10%
	c. Hiposténica / hiperesténica	16	0,60%	0,30%	0,90%
	d. Ninguna de ellas	2	0,10%	0,00%	0,30%
	e. Todas ellas	37	1,30%	0,90%	1,80%
	f. Ulcerosa / no ulcerosa	12	0,40%	0,20%	0,80%
Gastroenterología	a. Tipo dismotilidad / ulcerosa /reflujo	23	4,90%	3,20%	7,40%
	b. Todas ellas	6	1,30%	0,50%	2,80%
	c. Ulcerosa / no ulcerosa	2	0,40%	0,10%	1,50%
Gerontología	a. Tipo dismotilidad / ulcerosa /reflujo	7	4,60%	1,90%	9,30%
	b. Hiposténica / hiperesténica	3	2,00%	0,40%	5,70%
	c. Todas ellas	4	2,60%	0,70%	6,60%
	d. Ulcerosa / no ulcerosa	3	2,00%	0,40%	5,70%
Med. Familiar	a. Tipo dismotilidad / ulcerosa /reflujo	2	2,60%	0,30%	9,20%
	b. Hiposténica / hiperesténica	1	1,30%	0,00%	7,10%
	c. Todas ellas	1	1,30%	0,00%	7,10%
	d. Ulcerosa / no ulcerosa	1	1,30%	0,00%	7,10%
Med. General	a. Tipo dismotilidad / ulcerosa /reflujo	188	2,00%	1,80%	2,40%
	b. Fermentativa – putrefactiva	37	0,40%	0,30%	0,60%
	c. Hiposténica / hiperesténica	29	0,30%	0,20%	0,50%
	d. Ninguna de ellas	4	0,00%	0,00%	0,10%
	e. Todas ellas	44	0,50%	0,40%	0,60%
	f. Ulcerosa / no ulcerosa	37	0,40%	0,30%	0,60%
Otra	a. Tipo dismotilidad / ulcerosa /reflujo	1	6,20%	0,20%	30,20%
	c. Hiposténica / hiperesténica	1	6,20%	0,20%	30,20%

■ Clasificación más acertada

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Tabla 15. Fármacos considerados más útiles según especialidad

ESPECIALIDAD	FÁRMACOS MÁS ÚTILES	Nº Profesionales	Total Especialistas	%TASA ESPECÍFICA	I de C 95% Li*	Lsup**
Cirugía General	Proquinéticos	99	2871	3,40 %	2,80 %	4,20 %
	Bloq.Bomba de Protones	68	2871	2,40 %	1,90 %	3,00 %
Gastroenterología	Proquinéticos	31	465	6,70 %	4,60 %	9,40 %
	Ansiolíticos	12	465	2,60 %	1,40 %	4,60 %
Gerontología	Proquinéticos	9	151	6,00 %	2,80 %	11,00 %
	Bloqueantes H2	7	151	4,60 %	1,90 %	9,30 %
Med. General	Bloq.Bomba de protones	174	9227	1,90 %	1,60 %	2,20 %
	Proquinéticos	167	9227	1,80 %	1,60 %	2,10 %

■ 1er. Fármaco más frecuente

■ 2º Fármaco más frecuente

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

Tabla 16. Formas de indicación de los fármacos consideradas más útiles. Sus frecuencias:

ESPECIALIDAD	ESPECIALIDAD	TASA ESPEC.	PREVALEN
Cirugía General	cíclicamente	3,41	0,79
	deja que maneje pac	0,38	0,09
	Permanente	0,80	0,19
	según lo que coma	0,45	0,10
Gastroenterol.	cíclicamente	5,81	0,22
	deja que maneje pac	0,43	0,02
	Permanente	0,43	0,02
	según lo que coma	0,43	0,02
Gerontología	cíclicamente	7,95	0,10
	deja que maneje pac	0,66	0,01
	Permanente	2,65	0,03
Med. Familiar	cíclicamente	2,63	0,02
	deja que maneje pac	1,32	0,01
	según lo que coma	2,63	0,02
Med. General	cíclicamente	2,18	1,62
	deja que maneje pac	0,21	0,15
	Permanente	0,81	0,61
	según lo que coma	0,48	0,36
Otra	cíclicamente	12,50	0,02

Tabla 17. Porcentaje estimativo de consultas por dispepsia funcional a nivel mensual (a nivel de todos los médicos respondentes)

(Cada categoría estimativa se expresa en % e intervalos de confianza al 95%)

% DISPÉPTICOS X MES	%	I de C 95%
0 a 25	2,6	2,3 – 2,9
25 a 50	1,2	1 -1,5
50 a 100	0,3	0,2 – 0,4
Mas de 100	0,1	0 - 0,1

Resultados preliminares de la prueba piloto

a) La encuesta, en términos generales, midió lo que se propuso medir (validez interna), salvo para el caso de aquellas preguntas como las referidas a las últimas prevalencias estimadas por los especialistas, en las que se fijó una categoría que fue contradictoria: un valor que contenga tanto al “cero” como al “más de cero”(por.ej.: 0-10%) no nos permitió medir a través de la pregunta lo que se trataba de medir, dado que no podemos afirmar si los médicos tuvieron o no tuvieron pacientes con una determinada condición. Dichas preguntas debieran ser reformuladas, dado que quitan validez al cuestionario. Una opción para mejorarla sería incorporar la categoría: ”No tuvo

consultas por dispepsia”, 1-10%, 10-20%, etc.)

b) No se registraron dificultades en responder las preguntas, dado que las preguntas iban dirigidas a obtener información puntual, fueron formuladas en lenguaje claro y preciso en el 90% de los ítems y fueron bien comprendidas por los médicos.

c) Debemos comprender que la encuesta en cuestión cumple una doble función: la de recabar información y simultáneamente convertirse en un instrumento de sensibilización del médico y transformación de las actitudes médicas habituales (despertar interés en la actualización continua, tanto entre gastroenterólogos como entre otros especialistas, motivación hacia la utilización del recurso informático en aque-

Tabla 18. Prevalencia de pacientes diagnosticados como dispépticos por mes según especialidad

ESPECIALIDAD	Nº PACIENTES X MES	Nº PROF.	TOTAL ESPECIALISTAS	Tasa Específica	I de C95% Li*	Ls**
Cirugía General	0 a 25	97	2871	3,40%	2,80%	4,10%
	50 a 100	5	2871	0,20%	0,10%	0,40%
	Más de 100	2	2871	0,10%	0,00%	0,30%
Gastroenterología	0 a 25	8	465	1,70%	0,70%	3,40%
	25 a 50	17	465	3,70%	2,20%	5,90%
	50 a 100	6	465	1,30%	0,50%	2,80%
	Más de 100	2	465	0,40%	0,10%	1,50%
Gerontología	0 a 25	8	151	5,30%	2,30%	10,20%
	25 a 50	9	151	6,00%	2,80%	11,00%
Med. Familiar	0 a 25	2	76	2,60%	0,30%	9,20%
	25 a 50	2	76	2,60%	0,30%	9,20%
	50 a 100	1	76	1,30%	0,00%	7,10%
Med. General	0 a 25	215	9227	2,30%	2,00%	2,70%
	25 a 50	95	9227	1,00%	0,80%	1,30%
	50 a 100	24	9227	0,30%	0,20%	0,40%
	Más de 100	5	9227	0,10%	0,00%	0,10%
Otra	25 a 50	1	16	6,20%	0,20%	30,20%
	50 a 100	1	16	6,20%	0,20%	30,20%

■ *Mayor frecuencia*

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

llos casos en los que no se tenga experiencia o se carezca del mismo y se pueda solicitar apoyo, etc.).

d) Si bien la información obtenida no es del todo representativa, el hecho de ponderar las tasas contra su peso dentro de la población global de usuarios, nos permitiría identificar el peso de ciertas creencias, y conductas clínicas jerarquizando las áreas más carentes en términos del recurso educativo o informático, para cualquier intervención futura.

e) En la medida en que los intervalos de confianza pasen por el valor cero, y en la medida en que la prevalencia de respondedores dentro de la población se superponga al 5% de error prefijado en el análisis estadístico, debemos tomar esta información con absoluta cautela. Quizás hemos pesquizado aquellos fenómenos más frecuentes, pero no podemos decir nada concluyente: no contamos con un poder muestral que nos autorice a hablar de aquello que podría ser menos frecuente y que también debería incluirse en los resultados, lo cual no hemos tenido aún la oportunidad de identificarlo debido al corto

tiempo de exposición del cuestionario. Se necesitarán estudios futuros que mejoren la información que por el momento hemos obtenido. Han saltado sólo aquellas cifras que por el momento parecieran ser las más frecuentes, pero no podemos afirmar que sean las más representativas de la población expuesta o que este hecho se deba al azar.

Discusión y comentarios

La dispepsia funcional es una entidad altamente frecuente entre los gastroenterólogos, médicos generalistas y otros especialistas. Es controvertida desde varios puntos de vista y los conocimientos y criterios para su enfoque son diversos entre las distintas poblaciones médicas.

Los llamados Criterios de Roma II tratan de dar luz a algunos de sus aspectos, pero aún no son conocidos por muchos médicos a pesar de que están vigentes desde hace varios años. Identificar cuál es el conocimiento actual de esta patología de diversos especialistas a nivel nacional puede ser un dato inte-

Tabla 19. *Pacientes dispépticos por día según especialidad-frecuencias*

Porcentaje de dispepsia estimada en la consulta diaria según especialista
(% de pacientes dispépticos estimativos en la consulta diaria)

ESPECIALIDAD	% PACIENTES X DIA	NºProf	Preval	Tasa Específica	I de C 95% Li*	Ls**
Cirugía General	0 – 10%	58	0,47	2,00%	1,60%	2,60%
	10 -20%	43	0,35	1,50%	1,10%	2,00%
	20 – 30%	18	0,15	0,60%	0,40%	1,00%
	30 – 40%	18	0,15	0,60%	0,40%	1,00%
	40 – 50%	7	0,06	0,20%	0,10%	0,50%
	más del 50%	1	0,01	0,00%	0,00%	0,20%
Gastroenterología	0 – 10 %	3	0,02	0,60%	0,10%	1,90%
	10 -20 %	4	0,03	0,90%	0,20%	2,20%
	20 – 30 %	6	0,05	1,30%	0,50%	2,80%
	30 – 40 %	8	0,06	1,70%	0,70%	3,40%
	40 – 50 %	6	0,05	1,30%	0,50%	2,80%
	más del 50 %	6	0,05	1,30%	0,50%	2,80%
Gerontología	0 – 10 %	8	0,06	5,30%	2,30%	10,20%
	10 -20 %	6	0,05	4,00%	1,50%	8,40%
	20 – 30 %	3	0,02	2,00%	0,40%	5,70%
Med. Familiar	0 – 10 %	2	0,02	2,60%	0,30%	9,20%
	10 -20 %	2	0,02	2,60%	0,30%	9,20%
	20 – 30 %	1	0,01	2,60%	0,30%	9,20%
Med. General	0 – 10 %	146	1,18	1,60%	1,30%	1,90%
	10 -20 %	88	0,71	1,00%	0,80%	1,20%
	20 – 30 %	67	0,54	0,70%	0,60%	0,90%
	30 – 40 %	24	0,19	0,30%	0,20%	0,40%
	40 – 50 %	10	0,08	0,10%	0,10%	0,20%
	más del 50 %	4	0,03	0,00%	0,00%	0,10%
Otra	10 -20 %	1	0,01	6,20%	0,20%	30,20%
	30 – 40 %	1	0,01	6,20%	0,20%	30,20%

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza

resante. Por ello hemos diseñado una encuesta a ser validada en una experiencia no tradicional, al haber sido “colgada *on-line*” por un período muy breve.

Este trabajo permite no solamente validar la presente encuesta, sino asimismo tener cifras a futuro para poder tener un punto de partida para una estimación muestral adecuada, así como conocer las opiniones, conductas diagnósticas y clínicas más frecuentes de las diferentes especialidades que atienden casos de dispepsia funcional.

Recomendaciones: si se desea conocer la opinión discriminada según la especialidad, sería convenientemente

que en futuros trabajos se opte por muestreos territoriales por conglomerados pero no proporcionales, dado que es probable que la mayoría de los médicos ejerzan en las ciudades menos desarrolladas a la medicina interna, general o familiar. Surge de este trabajo el siguiente interrogante: ¿difiere la atención en los centros con mayor accesibilidad a la información informática y científica de aquellos que no lo tienen a nivel del territorio argentino en los aspectos relativos al tema en cuestión? Sólo podremos responder este interrogante con futuras investigaciones.

Tabla 20. Prevalencia estimativa según especialidad de consulta por dispepsia funcional de causa orgánica

ESPECIALIDAD	CAUSA ORGÁNICA. %	PREVALENCIA	% x ESPECIALIDAD	l de C 95 % Li*	Lsup**
Cirugía General	0-10%	0,41%	1,80%	1,30%	2,30%
	10 - 20 %	0,28%	1,20%	0,90%	1,70%
	20 - 30 %	0,25%	1,10%	0,70%	1,50%
	30 - 40 %	0,10%	0,50%	0,30%	0,80%
	40 - 50 %	0,07%	0,30%	0,10%	0,60%
	más del 50 %	0,05%	0,20%	0,10%	0,50%
Gastroenterol.	0-10%	0,13%	3,40%	2,00%	5,60%
	10 - 20 %	0,10%	2,60%	1,40%	4,60%
	40 - 50 %	0,02%	0,60%	0,10%	1,90%
	20 - 30 %	0,02%	0,40%	0,10%	1,50%
Gerontología	0-10%	0,06%	5,30%	2,30%	10,20%
	30 - 40 %	0,03%	2,60%	0,70%	6,60%
	10 - 20 %	0,02%	2,00%	0,40%	5,70%
	20 - 30 %	0,02%	1,30%	0,20%	4,70%
Med. Familiar	0-10%	0,02%	2,60%	0,30%	9,20%
	30 - 40 %	0,02%	2,60%	0,30%	9,20%
	20 - 30 %	0,01%	1,30%	0,00%	7,10%
Med. General	0-10%	1,11%	1,50%	1,30%	1,80%
	10 - 20 %	0,78%	1,00%	0,80%	1,30%
	20 - 30 %	0,44%	0,60%	0,50%	0,80%
	30 - 40 %	0,22%	0,30%	0,20%	0,40%
	40 - 50 %	0,12%	0,20%	0,10%	0,30%
	más del 50 %	0,07%	0,10%	0,00%	0,20%
Otra	40 - 50 %	0,02%	12,50%	1,60%	38,30%

*Li= límite inferior del intervalo de confianza

** Ls= límite superior del intervalo de confianza