



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE MEDICINA**

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MEDICO GENERAL**

**TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:**

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.  
COMPLICACIONES Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LA  
POBLACIÓN GENERAL ADULTA ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGIA EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, EN EL  
PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 01 ENERO - 31 DICIEMBRE DEL 2010

**Autor: Pacheco López Luis Santiago**

**Tutora: Dra. Viviana Salazar**

**Tutora: Dra. Lucila de la Calle**

## **DERECHO DE AUTORIA**

Yo, Luis Santiago Pacheco López soy responsable de todo el contenido de este trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar a Dios por las bendiciones recibidas durante toda esta larga y difícil carrera, a mi prima Ritha Rubí Velazco López porque sin ella no hubiese iniciado este mágico sueño de ser Doctor, a mis padres Luis Pacheco y Haydeé López quienes con sus cariño, amor, confianza, paciencia y afecto me apoyaron hasta el final de mi carrera, a mis hermanos Alex y Henry Pacheco López que fueron la fuente de inspiración para seguir adelante y no rendirme en el camino y llegar a ser un ejemplo para ellos, a Patricia Segura y Mateo Pacheco Segura, por llegar a nuestras vidas y darnos muchos días de felicidad.

A los Doctores y docentes de la Universidad Nacional de Chimborazo y del Hospital Eugenio Espejo de Quito por compartir sus conocimientos, apoyarme y guiarme en el camino de la medicina y formarme como médico.

A mis compañeros y amigos con los que compartí muchos días, horas y minutos en esta carrera, quienes se convirtieron en mi segunda familia.

Que Dios nos bendiga a todos.

## INDICE GENERAL

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:.....	I
AGRADECIMIENTO .....	III
INDICE GENERAL .....	IV
INDICE DE CUADROS.....	VI
INDICE DE GRAFICOS .....	VII
RESUMEN.....	VIII
SUMMARY .....	IX
INTRODUCCION .....	IX
CAPITULO I.....	4
<b>1. PROBLEMATIZACIÓN</b> .....	4
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
<b>1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	5
<b>1.3 OBJETIVOS</b> .....	6
<b>1.3.1 OBJETIVO GENERAL</b> .....	6
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	6
<b>1.4 JUSTIFICACIÓN</b> .....	7
CAPITULO II .....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	8
2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL .....	8
2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	8
<b>2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:</b> .....	22
<b>2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES</b> .....	24
<b>2.4.1 HIPÓTESIS</b> .....	24

<b>2.4.2</b>	<b>VARIABLES</b> .....	24
<b>2.4.2.1</b>	<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico</b> ....	24
<b>2.4.2.2</b>	<b>VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida</b> .....	24
<b>2.5</b>	<b>OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</b> .....	24
<b>CAPITULO III</b> .....		26
<b>3.</b>	<b>MARCO METODOLÓGICO</b> .....	26
3.1	MÉTODO.....	26
3.2	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	26
3.2.1	POBLACION .....	26
3.2.2	SELECCIÓN DE MUESTRA .....	27
3.2.2.1	CRITERIOS DE INCLUSION .....	27
3.2.2.2	CRITERIOS DE EXCLUSION .....	27
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	27
3.4	TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	28
<b>CAPITULO IV</b> .....		42
<b>4.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	42
<b>4.1</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	42
<b>4.2</b>	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	42
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....		44
<b>ANEXOS</b> .....		46

## INDICE DE CUADROS

CUADRO 1 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN ETIOLOGIA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	30
CUADRO 2 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN EDAD, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.....	32
CUADRO 3 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SEXO, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.....	34
CUADRO 4 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SINTOMATOLOGIA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	36
CUADRO 5 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN COMPLICACION, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	38
CUADRO 6 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN REPERCUSION CALIDAD DE VIDA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	40

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN ETIOLOGIA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	31
GRAFICO 2 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN EDAD, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.....	33
GRAFICO 3 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SEXO, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.....	35
GRAFICO 4 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SINTOMATOLOGIA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	37
GRAFICO 5 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN COMPLICACION, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	39
GRAFICO 6 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN REPERCUSION CALIDAD DE VIDA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010. ....	41

## RESUMEN

El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, complicaciones y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta atendidos por el servicio de gastroenterología en el hospital Eugenio Espejo, en el periodo comprendido entre 01 enero - 31 diciembre del 2010, dentro de los materiales y métodos de la investigación se realizó a través de una investigación descriptiva explicativa con un diseño de investigación documental y un tipo de estudio trasversal. La población con la que se trabajó fueron aquellos pacientes adultos diagnosticados con reflujo gastroesofágico que fueron atendidos en la consulta externa de Gastroenterología. Los datos se obtuvieron del departamento de estadística, y de las historias clínicas, de las personas que formaron parte de este estudio donde se obtuvieron los resultados que revelan que la tasa de prevalencia de origen por incompetencia del esfínter esofágico inferior es de 46, es decir, que de 100 pacientes atendidos 46 presentan enfermedad por reflujo gastroesofágico por incompetencia del esfínter esofágico inferior, en cuanto al grupo etareo la prevalencia es en el rango de 30-39 (28,50%). Cuatrocientos setenta (58,75%) fueron de sexo masculino. El síntoma principal fue la disfagia (32,50%), la complicación más frecuente fue la Esofagitis (31,25%), y en el análisis de Calidad de Vida, estos resultados fueron más evidentes para el bienestar físico (53,75%).



## SUMMARY

The main objective of the study was to determine the prevalence of gastroesophageal reflux disease, its complications and its repercussion on quality of the mature general population's life who assisted to the Gastroenterology Service Eugenio Espejo Hospital, during the period between the 01<sup>st</sup> of January – 31<sup>st</sup> of December of the 2010, among the materials and research methods the study was carried out through an explanatory descriptive investigation using documental investigation design and a transversal type of study . The population was mature patients diagnosed with gastroesophageal reflux that who assisted to Gastroenterology external consultation. The data were obtained from the Statistic department, and from the medical histories, of the people who were part of this study where the results obtained reveal that the rate of origin prevalence of lower esophageal sphincter incompetence is of 46,40. its means that from 100 assisted patients 46 present gastroesophageal reflux of from incompetence of the lower esophageal sphincter; about the age group the prevalence is in the range of 30-39 (28,50%). Four hundred seventy (58,75%) were male patients. The main symptom was dysphagia (32,50%), the most frequent complication was the Esophagitis (31,25%), and in the analysis of Quality of Life, these results were more evident for the physical well-being (53,75%).

## INTRODUCCION

Muchos adultos, en un momento u otro, han experimentado acidez y una sensación de malestar en el pecho después de comer una comida pesada o alimentos muy condimentados (1), a lo que se conoce como reflujo, es por esto que la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico ha sido considerada desde siempre como un problema sanitario significativo (2).

El reflujo gastroesofágico consiste en el paso del contenido gástrico al esófago, causado por la relajación del esfínter esofágico inferior (1,2), y puede producir síntomas o daño de la mucosa esofágica (esofagitis)(3), que, si persiste en el tiempo, puede llegar a producir lesiones precancerosas. El material refluido puede ser, contenido del estómago o del intestino.

El Reflujo Gastroesofágico, es una causa frecuente de consulta en México (Distrito de Chiclayo) y en Chile (Ciudad de Temuco). Sin embargo, es muy difícil diferenciar pacientes nuevos de aquellos con enfermedad recurrente, tanto por la naturaleza de recidiva como por la frecuencia de los síntomas. Por esto, hablar de prevalencia es difícil y hablar de incidencia, aun más, por lo que existen pocos reportes acerca de la prevalencia de ERGE en la población general (1,2).

Los síntomas de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) son de presentación habitual, se han reportado prevalencias de 38% para pirosis y 55% para regurgitación. Por otro lado, se estima que un 30% de los sujetos sintomáticos tiene esofagitis y un 70% requiere de tratamiento regular para el control de sus síntomas, lo que puede afectar intensamente su calidad de vida, esto en la ciudad de México (4). Mientras que en la ciudad de Temuco (Chile) se evidencia una prevalencia del ERGE 52.8% (2). En España, la prevalencia anual de pirosis o regurgitación ácida es del 32% en la población general. Aunque esta prevalencia es inferior al 60% encontrado en los EE.UU (5,1).

En Perú, se han realizado estudios a nivel hospitalario, cuyos resultados describen principalmente al subtipo erosivo (hallazgo por endoscopia), sus características clínicas y su asociación con la hernia hiatal.<sup>(1,2,4)</sup> La mayor parte de los estudios extranjeros sobre esta enfermedad ha sido estudiada por grupos particulares <sup>(2)</sup>: adultos mayores, familiares o amigos de los hospitalizados e incluso en discapacitados mentales, embarazadas, pacientes en hemodiálisis, gemelos y deportistas, mediante la utilización de instrumentos sin validación previa ni de su real capacidad de reproducibilidad en la medición y aplicados con metodología controversial.<sup>(1,2)</sup>

En el Consenso Latinoamericano basado en la evidencia sobre la ERGE se demostró que no hay un estudio patrón de oro para el diagnóstico y que, en general, se diagnostica principalmente en función de los síntomas comunicados por los mismos pacientes. La mayoría de los pacientes que consultan a su médico por síntomas de ERGE no tienen alteraciones de la mucosa esofágica y, además, la endoscopia está raramente disponible en la atención primaria, donde este proceso se diagnostica y trata con más frecuencia.

En Ecuador un estudio realizado en la ciudad de Quito se encontró que el reflujo gastroesofágico es una afección común que representa aproximadamente el 70 % de la patología esofágica, el 44% de los adultos tienen un reflujo por mes y el 7% lo presenta una vez al día <sup>(4)</sup>.

En el país existe un alto índice de persona que presentan Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, razón por la cual es muy importante conocer la prevalencia de esta enfermedad en razón del sexo, la edad y la repercusiones que conlleva, para así tener un panorama más amplio y poder dar una solución a la disminución de la prevalencia de esta enfermedad.

El impacto de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) sobre la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes es de mucha importancia y está

bastante fundamentado, y el modo como los síntomas afectan la vida del paciente han sido motivo de estudios recientes (1,5). La ERGE ofrece una clara y consistente evidencia de que los pacientes con pirosis se preocupan por los síntomas presentados, y porque esta enfermedad puede afectar su calidad de vida (3,5).

A pesar de lo complicado que resulta el estudio epidemiológico de los casos de ER el propósito de este trabajo es proveer el dato con este trabajo se demuestra la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, complicaciones y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta atendidos por el servicio de gastroenterología en el hospital Eugenio Espejo.

## **CAPITULO I**

### **1. PROBLEMATIZACIÓN**

#### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Estudios recientes (México) demuestran que cerca del 44% de la población padece enfermedad por reflujo gastroesofágico severo, lo que significa que en el Distrito Federal hay de 2 a 4 millones de personas de cualquier edad o sexo con reflujo severo y el 7% padece síntomas diarios (1).

Se ha notado en estudios realizados en Chile y en México, que la prevalencia de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico fue predominante en el sexo femenino (1,2), y que los síntomas predominantes fueron el dolor torácico, regurgitación y la tos nocturna (2), además que la repercusión en su estilo de vida fue la vitalidad y la función social (1).

Si el reflujo gastroesofágico (llamado pirosis o “ardor”) no se controla y trata puede dar lugar a problemas más importantes como la esofagitis, el sangrado y las úlceras del esófago, el esófago de Barrett, estenosis esofágica (estrechamiento de la luz del esófago) y a un aumento del riesgo del cáncer de esófago (4,6,7).

La causa fundamental es la incompetencia del esfínter esofágico inferior, que permiten el paso anormal de las secreciones digestivas altas al esófago (1,3,4,5).

En varios países del mundo existe una alta prevalencia de Reflujo Gastroesofágico en la población adulta, por ejemplo en el Ecuador según el Ministerio de Salud Pública (4), razón por la cual se la considera como un problema de salud pública. Es por esta razón se realizó el estudio para conocer nuestra realidad y comparar con la prevalencia de otros países.

Al no existir datos reales sobre prevaecía de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y las complicaciones que pueden presentarse en la institución (Hospital de Especialidades Eugenio Espejo), lo que se busca, al realizar el presente estudio, es dar respuesta a varias inquietudes como: determinar la prevalencia de reflujo Gastroesofagico en pacientes adultos, descubrir las complicaciones de esta enfermedad, y determinar la repercusión que tiene esta enfermedad en su calidad de vida.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, complicaciones y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta atendidos por el servicio de Gastroenterología en el hospital Eugenio Espejo, en el periodo comprendido entre 01 enero - 31 diciembre del 2010?

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

1. Determinar la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, complicaciones y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta atendidos por el servicio de gastroenterología en el hospital Eugenio Espejo, en el periodo comprendido entre 01 enero - 31 diciembre del 2010.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la prevalencia de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico por sexo y grupo etareo.
2. Determinar la prevalencia de síntomas de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.
3. Identificar las complicaciones más frecuentes que se presentan en la enfermedad de reflujo gastroesofágico
4. Determinar las repercusiones en la calidad de vida del paciente que presenta reflujo gastroesofágico.

## **1.4 JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo responde a la necesidad de conocer la prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, complicaciones y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta atendidos por el servicio de gastroenterología en el hospital Eugenio Espejo y de contar con estudios realizados en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, y en el medio; para así poder contar con bases de datos de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones.

Se espera que con los resultados de este estudio se pueda brindar una mejor percepción sobre las complicaciones a las que están expuestos los pacientes con Reflujo Gastroesofágico.

Es necesario recalcar que el presente estudio investigativo, se enfoca en el ámbito epidemiológico dentro del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, por lo que es una gran oportunidad para conocer el comportamiento del reflujo gastroesofágico y de su relación con sus complicaciones.

La importancia se recalca en que es un estudio que se realiza en el Servicio de Medicina Interna (Gastroenterología) en la consulta externa del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, buscando acercarse más a la realidad epidemiológica de nuestro país. Además que dicho estudio permitirá, determinar más a fondo todos aquellos factores que predisponen al paciente con reflujo gastroesofágico a padecer de cualquier tipo de complicación, lo cual innegablemente empeora su pronóstico y sobre todo su calidad de vida.



## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 POSICIONAMIENTO PERSONAL**

El presente trabajo está elaborado en consideración como teoría del conocimiento al pragmatismo, ya que vincula la teoría con la práctica. Siendo un trabajo de tipo: descriptivo, retrospectivo, documental de serie de casos, de campo, de corte transversal.

#### **2.2 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

##### **DEFINICIÓN**

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), también conocido como enfermedad por reflujo gástrico, o enfermedad por reflujo de ácido se refieren a una enfermedad que se caracteriza por la presencia de síntomas crónicos y/o daño en la mucosa del esófago a causa de un reflujo anormal del contenido del estómago hacia el esófago (6).

Estos síntomas se deben comúnmente a cambios transitorios o permanentes en los mecanismos que naturalmente evitan que el contenido del estómago regrese al esófago. Las causas pueden ser una insuficiencia del esfínter esofágico inferior, relajación transitoria del esfínter esofágico inferior, una alteración en la expulsión del reflujo gástrico desde el esófago o una hernia hiatal (7,8). Si el reflujo alcanza la faringe, se llamará enfermedad por reflujo laringo-faríngeo y producirá pirosis con mayor frecuencia (8).

En cuanto a la calidad de vida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como “la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”(15).

El impacto que produce sobre la calidad de vida y su potencial malignidad convierte la ERGE en un problema asistencial de primer orden (20).

## **ETIOPATOGENIA**

La ERGE está directamente relacionada con la intensidad, frecuencia, duración y agresividad del contenido refluido, y con la resistencia de la mucosa esofágica (25).

Se produce cuando se altera el equilibrio entre los factores agresivos (reflujo) y los defensivos de la barrera fisiológica (antireflujo) (5):

- **Incompetencia del EEI:** puede ser primaria o secundaria a embarazo, tabaco, anticolinérgicos, antagonistas alfa-adrenérgicos, nitritos, Ca-antagonistas, serotonina, meperidina, morfina, dopamina, diazepam, barbitúricos, alcohol, chocolate, xantinas (teofilina, cafeína), grasas, menta, esclerodermia (10)(11).

- **Alteraciones de los mecanismos defensivos:** alteración de la posición intraabdominal del EEI (ej: hernia de hiato, sin embargo, muchos pacientes con hernia no tienen RGE), alteración en el ángulo esofagogástrico de His, que debe ser agudo (ej: horizontalización del estómago) y alteraciones del ligamento frenoesofágico o de los pilares diafragmáticos (10).

- Baja amplitud de las ondas peristálticas del esófago.

- Contenido gástrico predispuesto a refluir (postprandial, disminución vaciamiento gástrico, aumento presión intragástrica, hipersecreción gástrica).

- Situaciones post quirúrgicas, con alteraciones de la motilidad duodeno-gástrica, favorecen el reflujo alcalino (10).

## **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

La ERGE produce fundamentalmente tres tipos de lesiones desde el punto de vista anatomopatológico:

- Erosiones epiteliales.
- Hiperplasia de las células basales del epitelio, alargamiento de las papilas dérmicas, con infiltración de eosinófilos o neutrófilos <sup>(7)</sup> (esofagitis leve, sólo diagnosticada con biopsias) <sup>(10)</sup>.
- Metaplasia de la mucosa, en la que se sustituye el epitelio escamoso normal del esófago por epitelio cilíndrico intestinal, no gástrico (esófago de Barrett), pudiendo evolucionar a estenosis pépticas y/o a adenocarcinoma <sup>(7)(11)</sup>.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

El espectro de las manifestaciones clínicas de la ERGE es amplísimo. Clásicamente, los síntomas causados por la ERGE se clasifican en síntomas típicos y síntomas atípicos <sup>(10)</sup> o manifestaciones extra esofágicas <sup>(12)</sup>.

## **SÍNTOMAS TÍPICOS**

### **PIROSIS**

La pirosis (sensación de ardor o quemazón que surge del estómago y puede irradiarse por el área retroesternal hacia el cuello) se considera el síntoma más común de la ERGE. La pirosis aparece unos 30-60 minutos después de la ingesta y suele aliviarse con la toma de antiácidos, aunque sea sólo de forma transitoria <sup>(11)</sup>.

Cuando es muy intensa el paciente puede percibirla como dolor en epigastrio o bien a nivel retro esternal.

Se sabe que no existe una buena correlación entre la intensidad de la pirosis y la severidad de las lesiones esofágicas. Así, hasta la mitad de los pacientes con síntomas típicos de reflujo no presentan lesiones de esofagitis en la endoscopia y, por otro lado, en casi el 10% de los sujetos asintomáticos de la población general, puede evidenciarse una esofagitis cuando se les realiza una endoscopia. Por último, no es infrecuente encontrarse en la práctica clínica habitual, enfermos con ERGE grave (esófago de Barrett o estenosis esofágica) que están asintomáticos o presentan síntomas leves (10).

## **REGURGITACIÓN**

La regurgitación ácida es un síntoma muy específico de ERGE, aunque menos frecuente que la pirosis. Consiste en el paso de material contenido en el estómago a la boca (13), bien de forma espontánea o desencadenado por determinadas posturas que aumentan la presión intra abdominal. Es típico que aparezca al inclinarse hacia delante o en decúbito lateral derecho (9). Cuando se producen episodios de regurgitación nocturna, pueden manifestarse en el paciente en forma de disnea o de crisis de tos de tipo irritativo (3).

## **DISFAGIA**

Se considera como disfagia, la sensación de que el alimento se detiene en su paso desde la boca hasta el estómago. En la ERGE, la disfagia puede deberse a una alteración de la motilidad esofágica (hipoperistaltismo esofágico que dificulta la progresión del bolo alimenticio) o a la existencia de una lesión orgánica, bien sea una esofagitis o una estenosis péptica (4).

En el primer caso, el paciente suele presentar una disfagia paradójica (para líquidos exclusivamente o simultáneamente para sólidos y para líquidos) mientras que cuando hay lesiones esofágicas, la disfagia es progresiva, inicialmente para sólidos y posteriormente para líquidos (3).

En algunos pacientes la disfagia puede relacionarse con la presencia de un anillo de Schatzki cuyo origen se ha relacionado con el reflujo. Finalmente, no hay que olvidar que los pacientes con ERGE pueden desarrollar un esófago de Barrett sobre el que puede asentarse un adenocarcinoma esofágico cuya principal manifestación clínica es la disfagia. Por ello ante todo paciente con síntomas de ERGE y disfagia, es necesario realizar siempre una endoscopia (3).

### **ODINOFAGIA**

La odinofagia se define como una deglución dolorosa a nivel retroesternal y hay que señalar, que no es un síntoma habitual de la ERGE. Habitualmente la odinofagia se manifiesta por un dolor de intensidad leve, aunque en determinadas circunstancias, puede ser intenso, dificultando incluso la alimentación del paciente. Su presencia suele indicar bien la existencia de una esofagitis, generalmente grave, o bien la aparición de contracciones sincrónicas o terciarias y es indicación de realizar una endoscopia (7).

### **SINTOMAS ATÍPICOS**

#### **MANIFESTACIONES EXTRAESOFÁGICAS DE LA ERGE**

El número de enfermedades o de síntomas incluidos en este grupo, es muy elevado y pueden afectar al árbol respiratorio, al área otorrinolaringológica y a la cavidad oral. El principal problema en el manejo de estos síntomas es la dificultad existente para establecer, de manera individual, una relación causal con la ERGE (10).

## **COMPLICACIONES**

Las complicaciones más habitualmente asociadas a la ERGE son: Esofagitis por reflujo, el esófago de Barrett, la estenosis esofágica, la hemorragia digestiva, la úlcera esofágica y más raramente, el adenocarcinoma de esófago.

## **ESOFAGITIS POR REFLUJO**

La esofagitis por reflujo es la inflamación de la parte inferior del esófago, causa acidez estomacal y dolor en la región que está debajo del esternón.

Ocurre cuando el contenido ácido del estómago sube por el esófago y produce acidez. Si el reflujo de ácido ocurre con frecuencia el esófago se enrojecerá e inflamará

La esofagitis por reflujo puede ocurrir debido a:

- Sobrepeso
- Embarazo
- Hernia hiatal
- Vómitos frecuentes
- Tubos nasogástricos
- Digerir comidas abundantes
- Acostarse a penas termina de comer
- Escleroderma

La sintomatología

- Acidez estomacal
- Espasmos, dolor agudo o presión debajo del esternón
- Dolor, con frecuencia en el pecho
- Gusto ácido, sobre todo en la noche

- Tos
- Falta de aliento
- Ahogos nocturnos con líquidos ácidos del estómago.

## **ESÓFAGO DE BARRETT**

El esófago de Barrett se define como la presencia de metaplasia intestinal en la mucosa del esófago distal. La prevalencia estimada en pacientes con ERGE es de un 3-4%.

Los pacientes con ERGE tienen una mayor probabilidad de presentar esófago de Barrett cuanto menor es la edad de inicio de la clínica, mayor es la duración de la sintomatología y existen episodios de reflujo nocturno más graves. Además la prevalencia de esófago de Barrett es mayor en los varones y su incidencia aumenta con la edad.

Numerosas publicaciones han demostrado que el esófago de Barrett se asocia a un incremento de riesgo del adenocarcinoma de esófago que se estima entre un 0,5 y un 1% anual.

Se considera esófago de Barrett largo cuando la afectación es mayor de 3 cm y esófago de Barrett corto cuando es menor de 3 cm. Ambas entidades comparten una fisiopatología común, pero, aunque los estudios no son absolutamente concluyentes, parece que el riesgo de degeneración neoplásica en el tipo corto puede ser menor<sup>(14)(26)</sup>.

En los pacientes con esófago de Barrett, se aconseja seguimiento endoscópico, con el objetivo fundamental de detectar precozmente la displasia, que es un marcador de riesgo de malignización del epitelio metaplásico, aunque carecemos de estudios en los que se demuestre que con esta medida se reduzca la mortalidad de estos pacientes.

Actualmente, la estrategia más ampliamente aceptada consiste en realizar una endoscopia inicial con toma de biopsias de los cuatro cuadrantes, cada dos centímetros a lo largo del todo el trayecto de mucosa metaplásica<sup>(27)</sup>. Si el estudio anatomopatológico demuestra la existencia de inflamación que interfiere en la valoración de la displasia, se debe realizar un tratamiento antisecretor potente durante 8-12 semanas y posteriormente repetir la toma de biopsias <sup>(14)</sup>.

En los pacientes con esófago de Barrett en los que no se detecta displasia, sería conveniente proseguir con controles cada tres o cinco años. En aquellos con displasia de bajo grado, es aconsejable la realización de dos endoscopias con toma de biopsias, consecutivas, separadas por el intervalo de 6 meses y proseguir luego con endoscopias anuales.

Por último, la actitud ante el hallazgo de un foco de displasia de alto grado es motivo de controversia. Algunos autores, consideran que tras la confirmación del diagnóstico de displasia de alto grado por un segundo patólogo experto, dada la elevada prevalencia de adenocarcinoma en estos pacientes (35-40%), la esofagectomía sería la opción más recomendable.

Otros autores, defienden por el contrario, que con un meticuloso programa de biopsias (más de 35-40 por exploración), pueden llegar a diferenciar los focos de displasia de alto grado de los de carcinoma y proponen únicamente esofagectomía cuando en dicho seguimiento se detecta carcinoma. Según estos autores, la elevada morbilidad de la esofagectomía, así como la historia natural variable de la displasia de alto grado, justificarían esta estrategia conservadora. En los pacientes con displasia de alto grado con riesgo quirúrgico elevado, se pueden considerar las terapias ablativas endoscópicas.



El Barrett puede cursar con tres complicaciones:

- **Úlcera de Barrett:** más sangrante que la úlcera sobre mucosa normal.
- **Estenosis de Barrett:** afecta sobre todo al tercio medio, en la unión entre la mucosa normal y la metaplasia.
- **Adenocarcinoma** (10% riesgo): disfagia más síndrome constitucional. Seguimiento (endoscopia + biopsias múltiples), sobre todo de pacientes con Barrett largo (>3 cm) o displasia:
  - Si no displasia: endoscopia con biopsia cada 1-2 años.
  - Si displasia leve: tratar con IBP (inhibidores bomba de protones) durante 3 meses y repetir endoscopia con biopsias, si persiste: endoscopia con biopsias cada 6 meses.Valorar cirugía (técnica antirreflujo) que cura la displasia hasta en un 70% casos, y el Barrett en casos muy aislados.
  - Si displasia grave (confirmada por dos anatomopatólogos): esofagectomía (dado que en el 50% de los casos ya tienen adenocarcinoma) (11).

## **ESTENOSIS**

La estenosis péptica del esófago es una complicación relativamente frecuente de la ERGE. Se ha calculado que llegan a padecerla entre un 10 y un 15% de los pacientes diagnosticados de esofagitis, aunque probablemente con la aparición de los IBP, esta cifra haya disminuido considerablemente. Se ha demostrado que entre los factores que predisponen a la aparición de estenosis, están la edad avanzada, la historia prolongada de reflujo y la coexistencia de un trastorno motor esofágico severo asociado.

Siempre se deben biopsia para descartar malignidad. Tratamiento con dilatación esofágica por vía endoscópica (8).

## **HEMORRAGIA**

La hemorragia digestiva es una complicación rara del ERGE. Puede tratarse de una hemorragia macroscópica o de un sangrado crónico microscópico, manifestado por la aparición de anemia ferropénica (9).

## **ÚLCERA ESOFÁGICA**

Es una úlcera infrecuente, ocurre en la unión cardias esófago y provoca odinofagia. Se deben biopsia los bordes (9).

## **DIAGNÓSTICO**

### **Síntomas**

En el diagnóstico de la ERGE es fundamental la realización de una correcta anamnesis. Los pacientes que presentan síntomas típicos de la ERGE pueden ser diagnosticados perfectamente a través de la historia clínica y generalmente no requieren otras investigaciones (5).

Se estima que cuando la pirosis y la regurgitación ácida son los síntomas predominantes, la probabilidad de que el paciente presente un reflujo patológico es de aproximadamente un 70%.

Diversos estudios realizados en atención primaria han analizado la concordancia entre los síntomas de pirosis y regurgitación y el diagnóstico endoscópico (prueba no considerada como patrón oro) y sus resultados demuestran que los médicos de atención primaria son capaces de diagnosticar la ERGE a partir de los síntomas de manera bastante precisa (11).

## **Endoscopia**

Es la técnica de elección para evaluar la presencia de esofagitis, pero su sensibilidad para el diagnóstico de la ERGE es baja ya que en más del 50% de los pacientes que padecen pirosis dos o más veces por semana, no se encuentran lesiones endoscópicas.

Además, la baja probabilidad de desarrollar una complicación esofágica en pacientes con síntomas típicos de ERGE, no justifica realizar una endoscopia de forma sistemática. Por ello, existe un consenso claro de que la gastroscopia no debe realizarse en todos los pacientes que aquejan síntomas típicos de ERGE .

La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal recomienda realizar la endoscopia en las siguientes situaciones:

- Presencia de disfagia u odinofagia
- Síntomas que persisten o progresan a pesar del tratamiento
- Síntomas extraesofágicos
- Síntomas esofágicos en pacientes inmunodeprimidos
- Presencia de masa, estenosis o úlceras en esofagograma previo, hemorragia digestiva, anemia ferropénica o pérdida de peso.

Para valorar los hallazgos endoscópicos, durante muchos años se ha utilizado la clasificación de Savary-Miller (Tabla 1), aunque actualmente existe tendencia a utilizar la Clasificación de Los Angeles (Tabla 2) (9)(28)

.

<b>TABLA 1</b>	
<b>Clasificación de Savary-Miller (severidad endoscópica de la esofagitis)</b>	
<b>Grado I</b>	Lesión única, erosiva o exudativa, oval o lineal, limitada a un solo pliegue longitudinal
<b>Grado II</b>	Lesión no circular , con erosiones o exudados múltiples, limitada a mas de un pliegue longitudinal con o sin confluencia
<b>Grado III</b>	Lesión circular erosiva o exudativa
<b>Grado IV</b>	Lesión crónica: úlceras, estenosis o esófago corto, aislado o asociado a lesiones de grado I-III
<b>Grado V</b>	Epitelio de Barrett, aislado o asociado a lesiones de grado I-IV
<b>TABLA 2</b>	
<b>Clasificación de los Ángeles ( severidad endoscópica de la esofagitis)</b>	
<b>Grado A</b>	Una (o más) lesiones de la mucosa, inferiores a 5mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
<b>Grado B</b>	Una (o más) lesiones de la mucosa, superiores a 5mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
<b>Grado C</b>	Una (o más) lesiones de la mucosa, que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, pero los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia.
<b>Grado D</b>	Una (o más) lesiones de la mucosa, que se limitan al menos al 75% de la circunferencia.

La endoscopia de seguimiento es generalmente innecesaria, recomendándose en los pacientes que no responden al tratamiento, ante la presencia de úlceras esofágicas, cuando son necesarias biopsias y/o citologías adicionales para clarificar el diagnóstico y en el seguimiento del esófago de Barrett (14).

## **EXPLORACIONES FUNCIONALES**

**-LA PH-METRÍA AMBULATORIA DE 24H** es la exploración que ofrece mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la ERGE. Aunque la prueba no proporciona información acerca de la causa del reflujo, ni aporta

datos de interés pronóstico, permite cuantificar la exposición al ácido del esófago, analizar su capacidad de aclaramiento, además de dar información cualitativa al poder conocer la asociación de los episodios de reflujo con los síntomas.

Hay que tener en cuenta que esta técnica tampoco es lo suficientemente sensible como para considerarla patrón oro en el diagnóstico de la ERGE. Se sabe que hasta un 25% de los pacientes con esofagitis documentada por endoscopia puede tener un registro pH-métrico normal.

Esta técnica se utiliza fundamentalmente para confirmar la sospecha de RGE en pacientes que no responden al tratamiento empírico y presentan endoscopia normal. Otras indicaciones aceptadas por diferentes autores y sociedades científicas son:

- Pacientes con endoscopia normal que van a ser considerados para cirugía antirreflujo.
- Pacientes en los que se sospecha recidiva del RGE tras cirugía antirreflujo.
- Pacientes con síntomas atípicos (12).

## **-ESTUDIO BARITADO DEL TRACTO DIGESTIVO SUPERIOR**

La sensibilidad y la especificidad de la radiología baritada del tracto digestivo superior son muy bajas y en la actualidad no tiene ningún valor en el diagnóstico de la ERGE, sirve para la hernia de hiato y la estenosis péptica (12).

## **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO**

La organización Mundial de la salud en su grupo estudio de Calidad de Vida, la ha definido como “la percepción de un individuo de su situación de vida,

puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos” (17).

Es un concepto amplio que se a operacionalizado en áreas o dominios como: bienestar físico, emocional y social, dependiendo de la patología incluso se puede valorar el dolor.

La ERGE es una enfermedad crónica frecuente y de gran impacto en los pacientes afectados, en la cual, ante la ausencia de elementos sugerentes de complicación (baja de peso, disfagia, sangrado digestivo (17), los médicos de familia y de atención primaria tienen un rol protagónico en su diagnóstico y tratamiento (19).

Los pacientes con ERGE tienen una calidad de vida peor que los pacientes con úlcera péptica, menopausia, angina o insuficiencia cardíaca (16), debido a una combinación de síntomas, limitaciones funcionales (18) y restricciones de la dieta (20).

Esta enfermedad provoca frecuentes interrupciones del sueño, perturba las actividades laborales y sociales e induce mas alteraciones emocionales que la que se observa por Diabetes o la Hipertensión Arterial (30).

Además se trata de una enfermedad con un alto impacto económico, social, físico y psicológico, ya que sus síntomas repercuten de manera negativa en la productividad laboral de los paciente (29).

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Reflujo:** paso espontáneo del contenido gástrico (ácido/pepsina) o intestinal (reflujo alcalino) al esófago, no asociado a eructos o vómitos (3).
- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):** conjunto de síntomas y/o lesiones esofágicas condicionadas por el reflujo (3).
- **Esofagitis por reflujo:** daño mucoso esofágico a causa del reflujo (esofagitis péptica, esofagitis alcalina o biliar) (2).
- **Pirosis ("ardor"):** es el síntoma más común y con mayor valor predictivo para el diagnóstico. Es la sensación de ardor retroesternal que asciende desde epigastrio. Aumenta con el decúbito y al aumentar la presión intraabdominal. Se alivia con antiácidos. Puede irradiarse a cuello y brazos, simulando una angina. La ausencia de este síntoma no descarta el reflujo (12).
- **Regurgitación:** Es el ascenso de contenido gástrico o esofágico hacia la boca. Puede dar clínica de aspiración pulmonar o incluso de asma crónico (13).
- **Disfagia:** dificultad para la deglución. Si es leve, sugiere trastornos motores secundarios al RGE; si es moderada sugiere ya la existencia de estenosis péptica; y si es grave y se acompaña de odinofagia, anemia o síndrome constitucional, sugerirá adenocarcinoma sobre esófago de Barrett.
- **Dolor torácico:** provocado por estenosis o por trastorno motor secundario al reflujo. La causa más frecuente de dolor torácico de origen esofágico es la esofagitis por reflujo.
- **Hemorragia:** es rara la hematemesis, lo más frecuente son las pérdidas crónicas, que provocan anemia ferropénica (10).
- **Estenosis esofágica (10%):** Es un estrechamiento del esófago, que dificulta la deglución, afecta al 1/3 distal (la no asociada a Barrett se suele situar justo por encima de la unión esofagogástrica) Ocurren por fibrosis de la submucosa, provocando disfagia en pacientes con historia previa de pirosis. Siempre se deben biopsiar para descartar malignidad. Tratamiento con dilatación esofágica por vía endoscópica (10).

- **Úlcera esofágica:** infrecuente. Ocurre en la unión cardiasesófago. Provoca odinofagia. Se deben biopsiar los bordes (3).
- **Esófago de Barrett (8-20%; 40% en pacientes con estenosis péptica):** Es una metaplasia de la mucosa esofágica en la que se sustituye el epitelio escamoso normal del esófago por epitelio cilíndrico que debe ser de tipo intestinal con células caliciformes. La longitud de la metaplasia puede ser >3 cm (E. Barrett largo) o <3 cms (E. Barrett corto). Cualquiera de los dos pueden malignizar (adenocarcinoma) (14).
- **Calidad de vida:** la percepción de un individuo de su situación de vida, puesto en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (25).



## 2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.4.1 HIPÓTESIS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones afecta física, social y emocionalmente en la calidad de vida de la población general adulta atendidos por el servicio de gastroenterología en el periodo comprendido entre 01 enero – 31 diciembre del 2010.

### 2.4.2 VARIABLES

**2.4.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:** Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

**2.4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:** Calidad de vida

## 2.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<b>VARIABLES Independiente</b> Enfermedad por reflujo gastroesofágico	<b>Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):</b> conjunto de síntomas y/o lesiones esofágicas condicionadas por el reflujo.	Sintomatología Típicos Sintomatología Atípica  Complicaciones	Presencia de Síntomas típicos Presencia de Síntomas atípicos  Presencia de complicaciones	<b>Técnica:</b> Observación  <b>Instrumentos:</b> Historia Clínica Guía de Observación

<p><b>Variable Dependiente</b></p> <p>Calidad de vida</p>	<p>Es la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física, emocional y social con el pasar del tiempo.</p>	<p>Alteraciones en el Bienestar de los pacientes</p>	<p>Físico</p> <p>Social</p> <p>Emocional</p>	<p><b>Técnica:</b></p> <p>Observación</p> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p>Historia Clínica</p> <p>Guía de observación</p>
---	---	--	--	--

## CAPITULO III

### 3. MARCO METODOLÓGICO

El método que se utilizó en esta investigación es inductivo- deductivo aquel que va de lo particular a lo general. Por su naturaleza es un estudio: retrospectivo, documental de serie de casos, descriptivo, de corte transversal.

#### 3.1 MÉTODO

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Se realizó a través de una investigación descriptiva- explicativa.

**DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:** Es observacional porque se toman los datos tal y como están en su naturaleza y no se ha manipulado ninguna variable y Documental porque el fenómeno a estudiarse o analizarse será recopilado de una fuente primaria que es la Historia Clínica, en donde se registran todos los procedimientos, así como los detalles de evolución y complicaciones de los sujetos de estudio.

Es de campo porque el fenómeno a estudiar se desarrolló en el lugar de la investigación el cual se efectuó en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, en el servicio de Medicina Interna.

**TIPO DE ESTUDIO:** Es de corte transversal porque se realizó en un tiempo específico y es de tipo retrospectivo, porque el estudio que se realizó toma en cuenta los fenómenos a estudiar en un período previo al inicio de la investigación.

#### 3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

##### 3.2.1 POBLACION

La población con la que se trabajó fueron 800 pacientes, aquellos adultos diagnosticados con reflujo gastroesofágico que hayan sido atendidos en la

consulta externa de Gastroenterología que presentaron o no complicaciones y que cumplieron los criterios de inclusión.

Los datos se obtuvieron del departamento de estadística, de los archivos del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo y de las historias clínicas, de las personas que formaran parte de este estudio.

### **3.2.2 SELECCIÓN DE MUESTRA**

No se trabajó con muestra.

#### **3.2.2.1 CRITERIOS DE INCLUSION**

Para la selección de la muestra, los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años que expresaran el consentimiento informado para la realización del estudio.

#### **3.2.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSION**

Los criterios de exclusión fueron: embarazo; portador de neoplasias; diagnóstico de enfermedades que ocasionan alteraciones motoras en el tubo digestivo; diagnóstico endoscópico en los últimos tres meses de gastritis, úlcera péptica o esofagitis; antecedente de la ingestión de cáusticos; cirugía sobre el tracto digestivo alto (esófago, estómago, etc); enfermedades mentales.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS. Selección de los pacientes que presentan la enfermedad por reflujo gastroesofágico según Historia Clínica.**

Se revisaron un total de 1125 Historias Clínicas donde se obtuvieron un total de 800 Historias Clínicas de pacientes que presentaban las características para la investigación.

**Identificar las complicaciones más frecuentes que se presentan en la enfermedad de reflujo gastroesofágico.**

Se analizaron en las Historias Clínicas las complicaciones más frecuentes que presentaron los pacientes desde la más simple hasta la más compleja, separándolas en un cuadro en una hoja de EXCEL para facilitar el desarrollo.

**Identificación de la ERGE por sexo y grupo etáreo.**

De todos los pacientes que salieron favorecidos para el estudio se los separó de acuerdo al sexo de los pacientes para un mejor análisis, de igual manera se los distribuyó por grupo etareo de la siguiente manera: 18-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, y mayores a 70, en una hoja de Excel.

**Determinar las repercusiones en la calidad de vida del paciente que presenta reflujo gastroesofágico.**

De igual manera se analizó las historias clínicas de los pacientes donde referían alteraciones en su calidad de vida, ya sea, la alteración del bienestar de la calidad de vida física, emocional o social. Los datos obtenidos se los ingreso a las hojas de Excel.

**Determinar la prevalencia de síntomas del ERGE.**

En las Historias clínicas de los pacientes se observó y se recolectó la sintomatología principal que los pacientes referían al momento de acudir a la consulta externa de gastroenterología.

**3.4 TECNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS**

Los datos se recolectaron a través de la Observación y revisión de las Historias Clínicas, de los pacientes (800) que fueron atendidos en la consulta

externa de Gastroenterología con los criterios de inclusión ya mencionadas. Como instrumento se usará una hoja guía de recolección de datos que nos permitió clasificar a los pacientes en función de su: edad, sexo, sintomatología, tipo de complicación y repercusión en la calidad de vida. Posteriormente los datos se ingresaron y analizaron en una hoja de datos de Excel versión 2007.

El consentimiento informado de las personas se lo solicitó en la Consulta Externa del Servicio de Medicina Interna (Gastroenterología), ya que la mayoría acude a sus controles, a un grupo limitado de personas (20) se les comunicó vía telefónica para así tener su autorización.

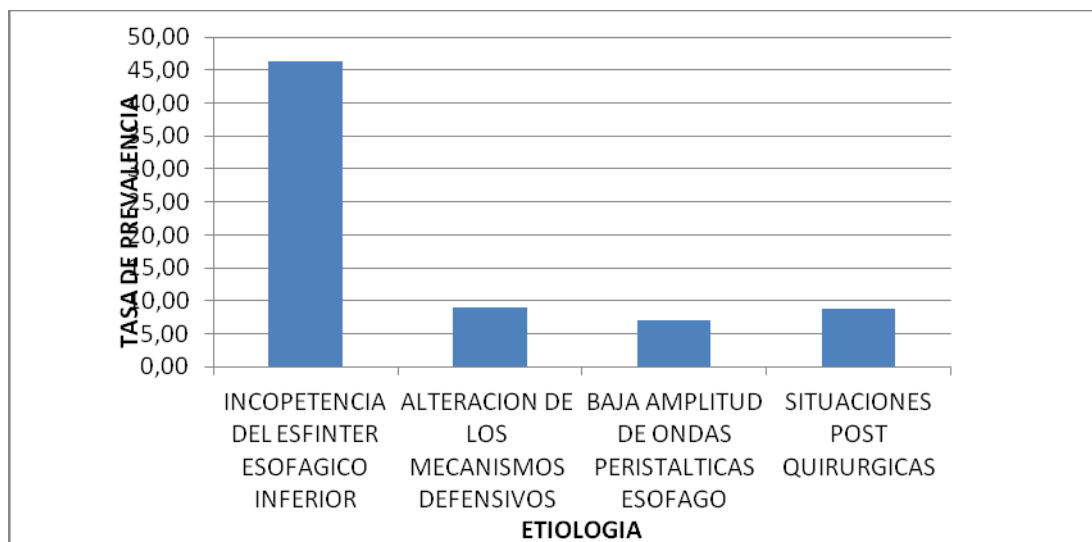
**CUADRO 1 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO, SEGÚN ETIOLOGIA, POBLACION GENERAL  
ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO  
ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>TASA</b>
<b>INCOPETENCIA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR</b>	522	65,25	46,40
<b>ALTERACION DE LOS MECANISMOS DEFENSIVOS</b>	101	12,63	8,98
<b>BAJA AMPLITUD DE ONDAS PERISTALTICAS ESOFAGO</b>	79	9,88	7,02
<b>SITUACIONES POST QUIRURGICAS</b>	98	12,25	8,71
<b>TOTAL</b>	800	100	

**Fuente: Historia Clínica consulta externa de gastroenterología Hospital Eugenio Espejo**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**GRAFICO 1 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN ETIOLOGIA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**



**Fuente: Cuadro 1**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**ANALISIS**

Encontramos que en nuestro estudio existe una tasa de prevalencia de origen por Incompetencia del Esfínter Esofágico Inferior de 46, es decir que de 100 personas que presentaron la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico 46 serán de origen por incompetencia del esfínter esofágico inferior.



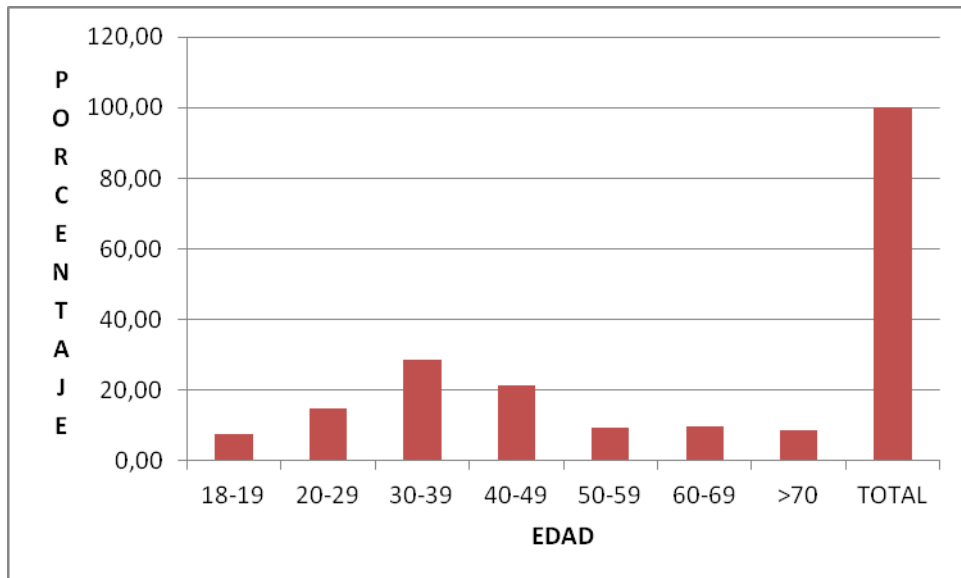
**CUADRO 2 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO, SEGÚN EDAD, POBLACION GENERAL ADULTA,  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.  
PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**

<b>EDAD</b>	<b>Nº CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>18-19</b>	60	7,50
<b>20-29</b>	120	15,00
<b>30-39</b>	228	28,50
<b>40-49</b>	170	21,25
<b>50-59</b>	74	9,25
<b>60-69</b>	78	9,75
<b>&gt;70</b>	70	8,75
<b>TOTAL</b>	800	100,00

**Fuente: Historia Clínica consulta externa de gastroenterología Hospital Eugenio Espejo**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**GRAFICO 2 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN EDAD, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**



**Fuente: Cuadro 2**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**ANALISIS**

Encontramos un gran porcentaje de pacientes con ERGE según edad entre 30-39 años con un (28,50%), sin embargo no se puede dejar pasar por alto que también existe un porcentaje elevado en pacientes con edades entre 40-49 años con un (21,25%).

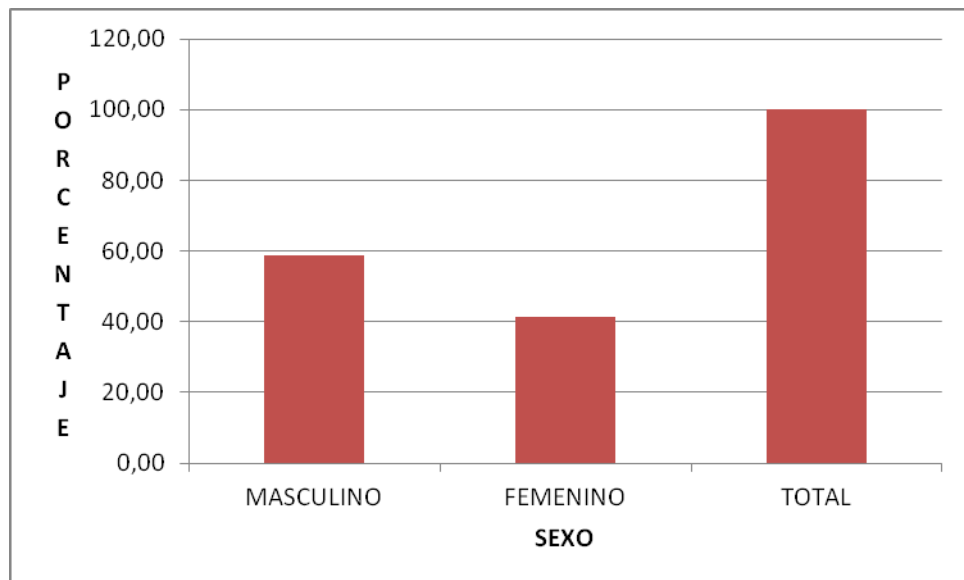
**CUADRO 3 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SEXO, POBLACION GENERAL ADULTA,  
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.  
PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**

<b>SEXO</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>MASCULINO</b>	470	58,75
<b>FEMENINO</b>	330	41,25
<b>TOTAL</b>	800	100,00

**Fuente: Historia Clínica consulta externa de gastroenterología Hospital  
Eugenio Espejo**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**GRAFICO 3 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SEXO, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**



**Fuente: Cuadro 3**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**ANALISIS**

Encontramos que existe un predominio de la prevalencia en los Hombres con un (58,75%) a comparación de las mujeres que presentan un porcentaje de un (41,25%).

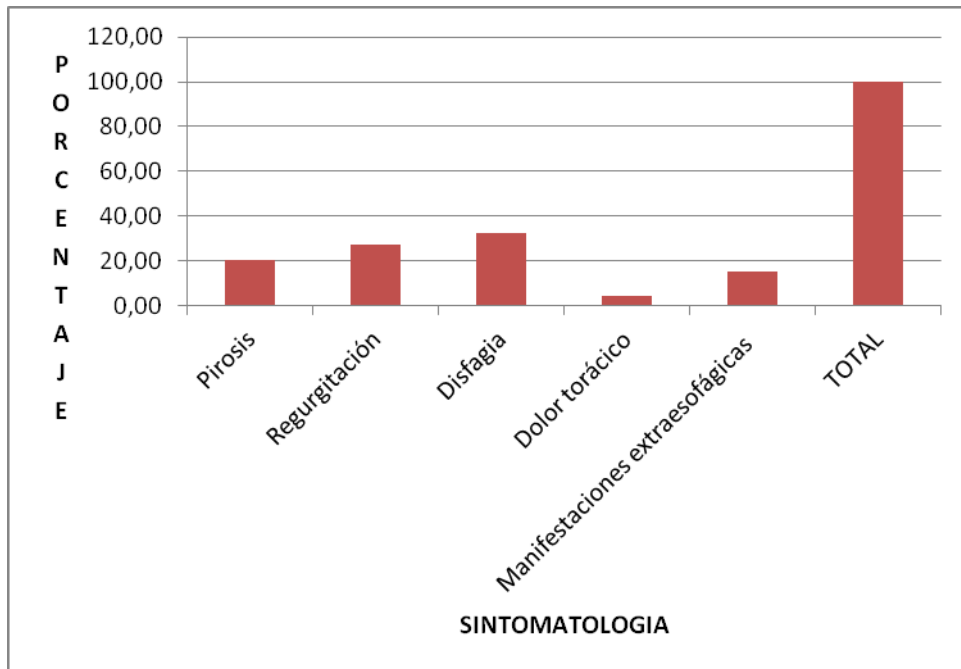
**CUADRO 4 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SINTOMATOLOGIA, POBLACION  
GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL  
EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**

<b>SINTOMATOLOGIA</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Pirosis</b>	164	20,50
<b>Regurgitación</b>	220	27,50
<b>Disfagia</b>	260	32,50
<b>Dolor torácico</b>	33	4,13
<b>Manifestaciones extraesofágicas</b>	123	15,38
<b>TOTAL</b>	800	100,00

**Fuente: Historia Clínica consulta externa de gastroenterología Hospital  
Eugenio Espejo**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**GRAFICO 4 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN SINTOMATOLOGIA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**



**Fuente: Cuadro 4**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**ANALISIS**

Encontramos que la disfagia tiene un porcentaje elevado con un (32,50%), pero no se puede dejar pasar por alto la regurgitación y la pirosis que presentan también porcentajes elevados con un (27,50%) y (20,50%) respectivamente.

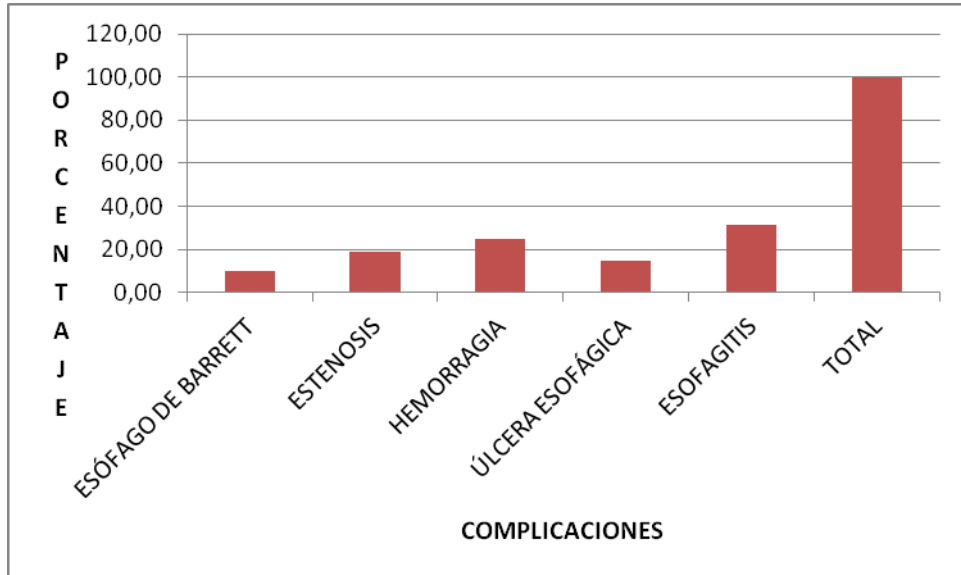
**CUADRO 5 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN COMPLICACION, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ESÓFAGO DE BARRETT</b>	80	10,00
<b>ESTENOSIS</b>	150	18,75
<b>HEMORRAGIA</b>	200	25,00
<b>ÚLCERA ESOFÁGICA</b>	120	15,00
<b>ESOFAGITIS</b>	250	31,25
<b>TOTAL</b>	800	100,00

**Fuente: Historia Clínica consulta externa de gastroenterología Hospital Eugenio Espejo**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**GRAFICO 5 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN COMPLICACION, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**



**Fuente: Cuadro 5**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

### **ANALISIS**

Como se observa existe un porcentaje elevado de esofagitis con un (31,25%), seguido muy de cerca por las hemorragias que presentan un porcentaje de un (25,00%).



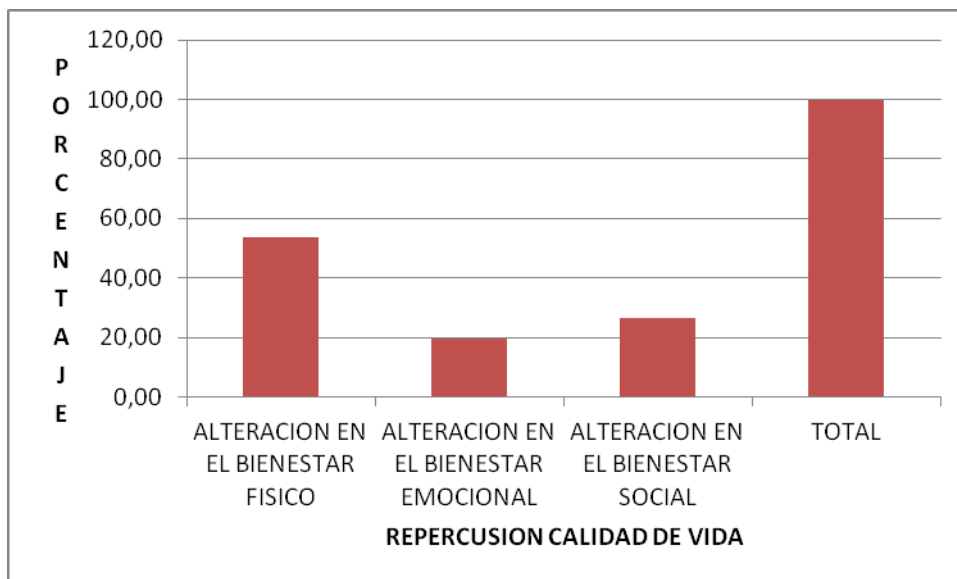
**CUADRO 6 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO, SEGÚN REPERCUSION CALIDAD DE VIDA,  
POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE  
GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01  
ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**

<b>REPERCUSION CALIDAD DE VIDA</b>	<b>Nº DE CASOS</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>ALTERACION EN EL BIENESTAR FISICO</b>	430	53,75
<b>ALTERACION EN EL BIENESTAR EMOCIONAL</b>	158	19,75
<b>ALTERACION EN EL BIENESTAR SOCIAL</b>	212	26,50
<b>TOTAL</b>	800	100,00

**Fuente: Historia Clínica consulta externa de gastroenterología Hospital Eugenio Espejo**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**GRAFICO 6 DISTRIBUCION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SEGÚN REPERCUSION CALIDAD DE VIDA, POBLACION GENERAL ADULTA, SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. PERIODO 01 ENERO – 31 DICIEMBRE 2010.**



**Fuente: Cuadro 6**

**Realizado por: Santiago Pacheco**

**ANALISIS**

La alteración en la calidad de vida que presenta un porcentaje elevado, como se puede observar, es la alteración en el bienestar físico con un (53,75%), seguido no tan de cerca por una alteración en el bienestar social con un porcentaje de (26,50%).

## **CAPITULO IV**

### **4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1 CONCLUSIONES**

- Como podemos observar existe una prevalencia de la enfermedad en el grupo etareo 30-39 años (28,50%) seguidos del grupo etareo 40-49 años (21,25%),
- En nuestro caso la prevalencia de la enfermedad es predominante en el sexo masculino con un (58,75%) sobre el sexo femenino (41,25%).
- Una de las principales sintomatología que presentaron los pacientes en la enfermedad por reflujo gastroesofágico fue la disfagia (32,50%), seguida de regurgitación (27,50).
- La principal complicación encontrada en nuestro estudio fue la esofagitis (31,25%).
- La afectación más importante en la calidad de vida fue el bienestar físico de los pacientes en un (53,75%).

#### **4.2 RECOMENDACIONES**

1. Como podemos observar que existe un porcentaje elevado de prevalencia de la ERGE en edades entre 30-39 años y con un predominio en el sexo masculino, se debe capacitar los días viernes de cada mes en el Auditorio del Hospital Eugenio Espejo a las personas adultas jóvenes o realizar conferencias en las instituciones educativas principales de la ciudad, sobre estilos de vida para transformar la prevalencia de esta enfermedad.
2. La sintomatología de esta enfermedad es muy variada como se puede observar; la disfagia, la pirosis, y la regurgitación son síntomas típicos y comunes, por tanto debemos trabajar en la prevención secundaria de la enfermedad para atenuar las complicaciones que pudieran presentarse.
3. En cuanto a la calidad de vida el bienestar físico fue la alteración más notable, se recomienda la ayuda psicológica para estos pacientes, es decir, luego de

cada control en la consulta externa, remitir a la consulta externa de psicología para conllevar juntos el desarrollo de la enfermedad y su evolución.

## **BIBLIOGRAFIA.**

1. Prevalence of gastroesophageal reflux disease and its impact on the quality of life of the adult population of the District of Chiclayo, 2008
2. Assessment of the prevalence of gastroesophageal reflux in the general population using a symptom enquiry, 2009
3. Dr. Bachelet. Revista Gastroenterología. Enfermedades por Reflujo Gastroesofágico.2009
4. Dr. E. Moscoso Vintimilla. Médicos Ecuador. Reflujo Gastroesofágico.2010
5. Revista Española de Enfermedades Digestivas, impacto de los síntomas sobre el uso del servicio sanitario y el absentismo laboral en España. 2008
6. Cotton DH. Enfermedad por reflujo gastroesofágico, 2010  
[www.fisterra.com/enfermedadesporreflujogastroesofagico](http://www.fisterra.com/enfermedadesporreflujogastroesofagico)
7. J.M CalvoRomero, E.M Lima Rodriguez. Revisión Medicina General. Tratamiento de la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. 2002
8. Mitha JC. Reflujogastroesofágico. 2008  
[www.es.wikipedia.org/wiki/Reflujo\\_gastroesofagico](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Reflujo_gastroesofagico)
9. Academia Mexicana de cirugía. Guía clínica. Enfermedad por reflujo gastroesofágico, primera edición, 2009
10. M. Sobrino Faya, J.E Domínguez Muñoz. Servicio de Aparato digestivo. Hospital clínico universitario, Santiago de Compostela. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: aspectos actuales etiopatogénicos y diagnóstico.
11. Revista gastroenterología, Reflujo gastroesofágico clínicas y endoscópicas, factores de riesgo asociados, 2003.
12. J.O de la Peña Rodríguez, P. Obregón, M. de la Fuente Lira, J. Goldberg Drijanski. Asociación médica del American British Cowdray, Hospital .AC. tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico 2006
13. J.A Marín. Cirugía digestiva y endoscópica; Regurgitación.
14. The Society for Surgery of the Alimentary tract. Esofago de Barret. 2005
15. [www.es.wikipedia.org/wiki/calidaddevida](http://www.es.wikipedia.org/wiki/calidaddevida) 2010
16. [www.semergen.es/semergen/contentfiles/8265/es/reflujojpdf](http://www.semergen.es/semergen/contentfiles/8265/es/reflujojpdf) 2007

17. [www.issuu.com/flumen.usat/docs/erge.sopemi1](http://www.issuu.com/flumen.usat/docs/erge.sopemi1) 2010
18. [www.edittec.com/monografias/digeclinic/?p=437](http://www.edittec.com/monografias/digeclinic/?p=437)
19. A.G. Glasinovic Peña. Residente Medicina Familiar. Hospital de los Andes. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Artículo. 2010
20. R.Guirao Peña. Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital San Jorge Huesca. Artículo. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. 2009
21. [www.medicinafamiliar.uc.cl/htmlarticulos/286.html](http://www.medicinafamiliar.uc.cl/htmlarticulos/286.html) 2011
22. [www.indogastro.org/downloads/focus11erge.pdf](http://www.indogastro.org/downloads/focus11erge.pdf) 2010
23. [www.infodoctor.org/reflujogastroesofagico.htm](http://www.infodoctor.org/reflujogastroesofagico.htm) 2007
24. [www.guiasgastro.net/ficheros/gastro/guias\\_full/textos/5.pdf](http://www.guiasgastro.net/ficheros/gastro/guias_full/textos/5.pdf) 2009
25. Cañones Garzon PJ-Centro de Salud Isala de Oza. Madrid.Reflujo.2008
26. [www.medicinageneral.org/revistas\\_70/pdf](http://www.medicinageneral.org/revistas_70/pdf) 2008
27. [www.fisterra.com/guias/enfermedad-por-reflujo-gastro-esofagico](http://www.fisterra.com/guias/enfermedad-por-reflujo-gastro-esofagico) 2010
28. Iglesias MR-Hospital Virgen del Camino-Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico-Revistas.2009
29. [www.accesomedia.com/revistas/reflujogastrico/pdf](http://www.accesomedia.com/revistas/reflujogastrico/pdf)
30. Romero J. Gastroenteróloga Internista. Hospital de los Andes. Enfermedad por reflujo Gastroesofágico. 2010

## **ANEXOS**

## **GUIA DE OBSERVACION**

**Objetivo:** Facilitar la recolección de datos para clasificar a los pacientes en función de su: edad, sexo, sintomatología, tipo de complicación y repercusión en la calidad de vida.

<b>ETIOLOGIA</b>	<b>INCOPETENCIA DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR</b>  <b>ALTERACION DE LOS MECANISMOS DEFENSIVOS</b>  <b>BAJA AMPLITUD DE ONDAS PERISTALTICAS ESOFAGO</b>  <b>SITUACIONES                    POST</b> <b>QUIRURGICAS</b>
<b>GRUPO ETAREO</b>	<b>18-19</b>  <b>20-29</b>  <b>30-30</b>  <b>40-49</b>  <b>50-59</b>  <b>60-69</b>  <b>&gt;70</b>
<b>SEXO</b>	<b>MASCULINO</b>  <b>FEMENINO</b>
<b>SINTOMATOLOGIA</b>	<b>PIROSIS</b> <b>REGURGITACION</b> <b>DISFAGIA</b>



	<b>DOLOR TORACICO</b> <b>MANIFESTACIONES</b> <b>EXTRAESOFAGICAS</b>
--	---

<b>COMPLICACIONES</b>	<b>ESÓFAGO DE</b> <b>BARRETT</b> <b>ESTENOSIS</b> <b>HEMORRAGIA</b> <b>ULCERA ESOFAGICA</b> <b>ESOFAGITIS</b>
<b>ALTERACIONES EN</b> <b>LA CALIDAD DE VIDA</b>	<b>FISICOS</b> <b>EMOCIONALES</b> <b>SOCIALES</b>

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He informado verbalmente al paciente del propósito y naturaleza de la investigación y de la utilización de su Historia Clínica para realizar dicho estudio, donde no se alterarán ningún dato, se guardará discreción de los datos personales del paciente y que los datos obtenidos serán utilizado para bienestar de todos los pacientes y el mejoramiento del Hospital Eugenio Espejo.

### **ACEPTACION:**

- Acepto que se revise mi Historia Clínica para realizar el estudio mencionado anteriormente y donde se me indica que se guardará discreción en los datos personales.
- Acepto formar parte de la investigación y que se me puede comunicar para la obtención de algún dato que sea necesario.
- Acepto firmar este consentimiento informado y doy fe de que el Sr. Interno Rotativo de Medicina Santiago Pacheco me ha informado de la investigación que deseo formar parte.

.....

**FIRMA DEL PACIENTE**