



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

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

**“PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE
CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018- ABRIL 2019”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO/A**

AUTORA:

Kerly Soraida Medina Jara

DIRECTOR:

Dr. Luis Gabriel Tigsi

ASESOR:

Lcda. Carem Francelys Prieto Fuenmayor

CUENCA - ECUADOR

2019

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad por reflujo gastroesofágico, se desarrolla por regurgitación del contenido gástrico produciendo alteraciones en la calidad de vida de la persona; su prevalencia ha aumentado en los últimos años a nivel mundial. En Asia, Europa y América del norte su prevalencia es inferior en comparación con la de Latino América.

Objetivo General: Determinar la prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, marzo 2018- abril 2019.

Metodología: Investigación tipo observacional, descriptiva, cuantitativa de corte transversal, población no probabilística por conveniencia de 174 pacientes que acuden al Hospital Vicente Corral Moscoso. La recolección de datos fue mediante formularios con el levantamiento de historias clínicas, para el posterior análisis a través del programa SPSS versión 15.

Resultados esperados: La prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo fue 73% y esofagitis erosiva 27%, el grado de alteración esofágica superior fue grado A 15,5%, existió una edad media de 51,96, +/-15,83 predominando el grupo etario de 30-64 años, el factor agravante frecuente fue obesidad tanto para enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo en 31,9% y esofagitis en 31,5%; así mismo los síntomas típicos de ambos fueron pirosis y regurgitación 44,7% y 42,5% respectivamente.

Conclusiones: La prevalencia encontrada no difiere mucho de estudios previos, la alteración esofágica frecuente según la clasificación de los ángeles fue grado A. El factor predisponente relevante fue la obesidad; los síntomas típicos prevalentes fueron pirosis y regurgitación.

Palabras claves: Enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo, esofagitis, pirosis.

ABSTRACT

Background: GastroEsophageal Reflux Disease (GERD) develops due regurgitation of gastric acid causing changes in the person's living standard; its prevalence has increased worldwide in recent years. In Asia, Europe and North America its prevalence is lower compared to Latin America.

Overall Objective: To determine the prevalence, characterization of erosive and non-erosive gastroesophageal reflux disease, Vicente Corral Moscoso Hospital, Cuenca, between March 2018 - April 2019.

Methodology: Descriptive, quantitative, observational and cross-sectional research, non-probabilistic population for convenience of 174 patients who attend the Vicente Corral Moscoso Hospital. The data gathering was through medical records forms and for a further analysis through the SPSS software v15.

Expected results: The prevalence of non-erosive gastroesophageal reflux disease was 73% and 27% of erosive esophagitis, the degree of upper esophageal change was grade A with 15.5%, there was an average age of 51.96, +/- 15.83 predominating an age group between 30 to 64 years, the frequent aggravating factor was obesity for both non-erosive gastroesophageal reflux disease 31.9% and esophagitis 31.5%; also, the typical symptoms of both were heartburn 44.7% and 42.5% regurgitation.

Conclusions: The prevalence found does not differ greatly from previous studies, esophageal frequent disorder according to the classification of angels was grade A. The predisposing relevant factor was obesity; the typical prevalent symptoms were heartburn and regurgitation.

KEYWORDS: NON-EROSIVE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE (GERD), ESOPHAGITIS, HEARTBURN.

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	7
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	8
CARTA DE COMPROMISO ÉTICO	9
AGRADECIMIENTOS	10
DEDICATORIA.....	11
CAPÍTULO I	12
1. INTRODUCCIÓN.....	12
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1. ANTECEDENTES	17
2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS.....	18
2.2.1. DEFINICIÓN	18
2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA	18
2.2.3. FACTORES AGRAVANTES.....	19
2.2.4. FISIOPATOLOGÍA.....	20
2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO	21
2.2.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	22
2.2.7. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO	23

2.2.8. DIAGNÓSTICO.....	23
2.2.9. TRATAMIENTO.....	25
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	27
CAPÍTULO III	29
3. OBJETIVOS.....	29
3.1. OBJETIVO GENERAL	29
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
CAPÍTULO IV	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO	30
4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	30
4.1.1. TIPO DE ESTUDIO	30
4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	30
4.1.3. UNIVERSO DE ESTUDIO.....	30
4.1.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	30
4.1.5. POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA.....	31
4.1.6. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN	31
4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	32
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	32
4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
4.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN	32
4.4.1. MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	32
4.4.2. TÉCNICA.....	32
4.4.3. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR	33
4.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS ...	33
4.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	34

4.6.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO 1)	34
5. RESULTADOS	35
5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO	35
5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	35
5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	36
CAPÍTULO VI.....	40
6. DISCUSIÓN.....	40
CAPÍTULO VII.....	43
7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA	43
7.1. CONCLUSIONES.....	43
7.2. RECOMENDACIONES	44
7.3. BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS	51
ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	51
ANEXO N°2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	53
ANEXO N°3: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	54
ANEXO N°4: PRESUPUESTO.....	55
ANEXO N°5: OFICIO DE BIOÉTICA.....	56
ANEXO N°6: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.....	57
ANEXO N°7: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO	58
ANEXO N°8: CERTIFICADO DE CENTRO DE IDIOMAS	60
ANEXO N°9: RÚBRICAS DE PARES REVISORES	61
ANEXO N°10: RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA	65
ANEXO N°11: INFORME DE FINAL DE INVESTIGACIÓN	66
ANEXO N°12: SOLICITUD PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	67

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Kerly Soraida Medina Jara, con cédula de identidad número 1400727333, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de "PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018- ABRIL 2019" de conformidad con el art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación gratuita, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a la dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de educación superior.

Cuenca, 9 de septiembre del 2019

Kerly Soraida Medina Jara

CI: 1400727333

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Kerly Soraida Medina Jara con cédula de identidad número 1400727333, en calidad de autor del trabajo de titulación de "PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018- ABRIL 2019", certifica que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 9 de septiembre del 2019

Kerly Soraida Medina Jara

CI: 140072733

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, Kerly Soraida Medina Jara, con cédula de identidad número 1400727333, en calidad de autor del trabajo de investigación previo a la obtención de título de Médico con el tema "PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018- ABRIL 2019", mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelara a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos, los datos que se recolectaran permitirá conocer la prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo, Hospital Vicente Corral Moscoso, las personas que no participen es este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes.

Cuenca, 9 de septiembre del 2019

Kerly Soraida Medina Jara

CI: 1400727333

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por darme la fortaleza y oportunidad de haber concluido con una meta, a mi Asesor y Director de tesis, pues no han puesto oposición al momento de guiarme y así poder realizar de manera correcta este trabajo y culminarlo de la mejor manera. Al Hospital Vicente Corral Moscoso por la confianza y oportunidad de haber podido realizar el trabajo investigativo.

DEDICATORIA

Esta va dedicada principalmente a mis padres, la Sra. Martha Jara y el Sr. Josélo Medina quienes, con su apoyo incondicional a pesar de todas las circunstancias, fueron un pilar fundamental para poder tener la fortaleza, la confianza de culminar mi carrera. A mi hermano Jhan Medina y así también a mis abuelos el Sr. Daniel Jara y la Sra. Carmela Barrera, quienes depositaron todo su amor, su sabiduría para poder prepararme ante las adversidades que se puedan presentar en los caminos de la vida.

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología que se desarrolla por el reflujo del contenido estomacal que da como resultado síntomas o complicaciones que afectan la calidad de vida de las personas (1). Se conocen tres variedades fenotípicas de ERGE como son la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo (ERE), enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo (ERNE) y esófago de Barrett (EB) (2).

Según una revista de México Cirugía y Cirujanos del 2019, mencionan que la población adulta presenta un 20% de manifestaciones clínicas a causa de esta enfermedad y que la prevalencia de ERGE en Europa occidental es de 10 al 20%, en Asia 6,2% y en América del Sur el 10% (1). Aun así, otras publicaciones como la revista de Gastroenterología Latinoamérica en el 2016 por Olmos et al, manifiestan que la prevalencia de ERGE en América del Sur es de 11,9% al 31,3% (2). Del mismo modo se estima que un 30% de personas con síntomas típicos de ERGE presentan esofagitis y el 70% restante presenta una endoscopia normal o con alteraciones mucosas leves (ERNE), que requieren de tratamiento regular para el control de los síntomas (3).

La sintomatología característica de esta enfermedad son la pirosis y regurgitación, los mismos que tienen una sensibilidad del 30-76% y una especificidad del 62-96% para la presencia de ERGE; la pirosis referida comúnmente por los pacientes como acidez; y la regurgitación, la cual es percibida por presencia del contenido gástrico en la boca o hipofaringe, que puede ser favorecida por una hernia hiatal, presión baja de esfínter esofágico inferior (EEI), entre otras (2) (4). Un estudio de epidemiología del ERGE en Latinoamérica- Argentina, publicado por Salis en el 2011, encontró una prevalencia 11,9% definida por síntomas que fueron pirosis y regurgitación presentados por la población de estudio (5) .

Esta patología es considerada como uno de los trastornos gastrointestinales más comunes a nivel mundial y una causa frecuente en la atención primaria, aproximadamente el 40% de la población adulta presenta síntomas de reflujo y cerca del 20% experimenta estos síntomas una vez por semana (6). El estilo de vida de las personas está asociado con los síntomas de ERGE, así también se ha establecido que los factores intervinientes como la obesidad, factores genéticos, edad, el embarazo, hernia hiatal, y el trauma pueden contribuir al deterioro de la unión gastroesofágica, dando como resultado la ERGE (2).

La ERGE es de gran importancia ya que no solo afecta la calidad de vida de las personas, también se ha evidenciado altos costes sanitarios, debido a que su tratamiento es a largo plazo y en muchos de los casos el paciente ve la necesidad de automedicarse y optar por conductas terapéuticas como la cirugía (3). Existen varios métodos diagnósticos para la ERGE, estos pueden ser utilizando una combinación de síntomas, estudios endoscópicos, monitorización ambulatoria de reflujo y respuesta a inhibidores de la bomba de protones (IBP); a pesar de dichos métodos diagnósticos y posterior a su tratamiento se ha evidenciado una tasa de recaída de ERGE de 11 a 44% con IBP (2) (7).

Los antecedentes anteriormente descritos justifican la importancia de este estudio y al haber limitada información bibliográfica en nuestro medio sobre esta enfermedad, se planteó el presente tema de investigación, con la finalidad de conocer la prevalencia, caracterización de ERE Y ERNE en el hospital Vicente Corral Moscoso.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La ERGE es una entidad frecuente, donde existe un ascenso del contenido gástrico que da como resultado síntomas o daños estructurales a nivel del esófago; se reconocen 3 variedades fenotípicas de ERGE que pueden ser diagnosticadas con el solo uso de la endoscopia: ERNE, ERE y lengüetas con mucosa gástrica sugerentes a metaplasia, como esófago de Barrett (EB) la misma que es por confirmación histológica (8).

National Heartburn Alliance en el año 2000, dieron a conocer que 60 millones de personas americanas presenta una vez al año síntomas de la patología, y que 25 millones los presentan diariamente. Así también estimaron que la incidencia es grande, de hasta un 20%, la misma que va incrementando; en Latinoamérica mantiene un valor entre 11,9 %, que aumenta al 31,3 % (9) (10) (11).

A nivel mundial se ha aplicado varias estrategias para tratar de conocer datos sobre la frecuencia de ERGE y su asociación a los diferentes factores, los cuales pueden ser ambientales, sociodemográficos, genéticos, entre otros. Aun así, ha existido una problemática por alta heterogeneidad entre los diferentes estudios, ya sea por la utilización de diferentes instrumentos para el diagnóstico o también por la variabilidad de métodos para los estudios. Según revisiones bibliográficas los factores asociados a esta patología, de gran impacto son la obesidad central, el sobrepeso, el tabaquismo, la herencia y el alcoholismo; mencionan también que el embarazo, ocupa un 48% a 79% con síntomas de pirosis o regurgitación (10) (12).

La Asociación Colombiana de Gastroenterología del 2017, menciona que, en un conceso Latinoamericano basado en la evidencia, se realizó un estudio en Brasil, con más de 13000 pacientes, con una prevalencia del 11,9% de pirosis como síntoma típico para diagnosticar la enfermedad de ERGE y que la misma es más frecuente en el sexo femenino en un 61%. Es una problemática a nivel mundial por

sus altos costos económicos y su influencia negativa sobre la calidad de vida (5) (7).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La revista de Gastroenterología Latinoamérica en el 2016 por Olmos et al, realizaron estudios poblaciones de ERGE, mencionando que la prevalencia en América de Sur fue de 11.9% a 31.3%, sin embargo, otros estudios reportan que en Latinoamérica existe escasa información de la prevalencia en cuanto al ERGE (2). Motivo por el cual a través de un estudio observacional y retrospectivo se tratará de conocer la prevalencia, caracterización de ERNE y ERE, para así identificar los factores agravantes asociados a esta enfermedad, y así el individuo afecto tome medidas correctas para mejorar dichos factores involucrados con ERGE y probablemente influir en su prevalencia.

¿Cuál es la prevalencia, caracterización de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva y no erosiva en nuestro medio?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación surge debido a que la enfermedad por reflujo gastroesofágico es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes en la población mundial, la misma que con lleva al deterioro de la calidad de vida del paciente y generan grandes costos sanitarios por el cuadro clínico que esta patología presenta (13).

Por tal razón tiene la finalidad de dar a conocer la prevalencia, caracterización de ERNE y ERE, ya que reportes investigativos mencionan escasa información de la patología en Latino América y en el Ecuador, con respecto a estos puntos antes mencionados.

La importancia de esta investigación radica en la gran problemática que presenta la ERGE para los servicios de salud pública, por ser una entidad compleja con etiología multifactorial, pudiendo dar como resultado una ERNE o ERE; es posible que estas dos sub clasificaciones del ERGE tengan fisiopatologías distintas, de allí la importancia de evaluar las características de los pacientes para determinar los factores que pueden condicionarla y proporcionar datos para entender y conocer su fisiopatología.

A través de esta investigación los datos obtenidos ayudaran a los profesionales del área de gastroenterología a tener estadísticas sobres su prevalencia y clasificar a estos pacientes, siendo el subgrupo con ERNE no subclasificados en su diagnóstico, lo cual permitiría un mejor tratamiento, con dichos resultados se evaluará que porcentaje de paciente podrían ser beneficiados de exámenes complementarios a profundidad como pHmetría e impedanciometría para diagnóstico y tratamiento adecuado. Así deja un precedente en el servicio de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso institución de referencia del Sur del país para complementar métodos diagnósticos en la especialidad.

Así también los datos obtenidos sirven como estadísticas locales y nacionales base para estudios científicos del área posteriores.

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es una patología multifactorial, la cual se desarrolla cuando existe regurgitación del contenido gástrico produciendo síntomas o complicaciones, provocando alteraciones en la calidad de vida de la persona; así también se ha visto que puede generar altos costes sanitarios (5).

Estudios poblacionales mencionan que desde 1995 la prevalencia de los síntomas de ERGE ha aumentado un 50%, esta cifra se ha mantenido en los últimos años; del total de pacientes cerca del 30% a 50% presenta hallazgos endoscópicos positivos como erosiones o úlceras. Aun así, existen otros estudios donde prevalencia mundial es de 2,5% y el 25%, observándose que en Asia su prevalencia oscila entre 2,5% y 6,5%, siendo inferior en comparación con Europa y América del Norte (14) (15) (2).

A través de la categorización endoscópica en pacientes con ERGE, se ha visto que un 65% de los pacientes con síntomas de reflujo típicos no presentan alteración de la mucosa; de estos un 40% tienen enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo (ERNE), el 20% esófago hipersensible al ácido, el 15% esófago hipersensible y el 25% pirosis funcional. El 30% de los pacientes con síntomas de reflujo presentan una enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva (ERE) y 5% tienen una ERGE complicada (16).

En estudios prospectivos realizados en España en el 2015, en 537 pacientes con diagnóstico clínico de ERGE y estudios endoscópicos remitidos para manometría y pHmetría ambulatoria; tuvieron como resultado que un 44,6% tienen ERNE, y el 55,3% presentaban lesiones inflamatorias de distinto grado, es decir ERE (17).

Según estudios publicados en una revista Mexicana en el 2016, la prevalencia de esta enfermedad se ha tomado de los síntomas típicos; como son la pirosis o regurgitación, se ha visto la existencia de un porcentaje de 8.8% a 25.9% en Europa, 2.2% a 7.8% en el Lejano Oriente, 11.6% en Australia, de 18.1% a 27.8% en Estados Unidos, de 23% en Argentina y del 19.6 al 40% en México. En Latino América la prevalencia del ERGE es de 11,9% a 31,3 % según una revisión sistemática en Brasil, Argentina y México (8) (2).

2.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS

2.2.1. DEFINICIÓN

La ERGE es una patología crónica causada por el ascenso del contenido gástrico o del contenido gastroduodenal, todo esto por encima de la unión gastroesofágica, dando como resultado síntomas, con una frecuencia de uno o dos veces por semana, o también daños en la pared esofágica, aquejando la salud y calidad de vida de las personas que presentan esta enfermedad (18).

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

La ERGE está presente en personas con síntomas o cambios histopatológicos que son resultado de eventos de reflujo gastroesofágico. Se ha reportado un porcentaje de frecuencia de 42% de ERGE en la población adulta, así también se ha visto que cerca del 30% de personas sintomáticas presentan esofagitis, y el 70% sintomáticos sin alteración de la mucosa esofágica (19).

Según estudios poblaciones de Latino América en el 2016, la prevalencia de ERGE fue de 11.9% a 31.3%, datos obtenidos por una revisión sistemática de 8 estudios de países latinoamericanos de México, Brasil y Argentina. Así también otro estudio realizado en Latino América, Argentina en el año 2016 la prevalencia de ERE fue

de un 35%, de los cuales un 80% eran formas leves a moderadas y un 20% severas; 60% fueron ERNE y un 5% EB (2).

La prevalencia entre mujeres y hombres es similar, aun así, existe un ligero predominio en el hombre con relación a ERE y metaplasia de Barrett. En cuanto a etnicidad, se ha visto que la mayormente afectada es la caucásica en comparación con otras; así también el embarazo tiene una prevalencia cerca del 48 al 79% (12).

2.2.3. FACTORES AGRAVANTES

Existen múltiples factores de riesgo de la ERGE, estos pueden ser endógenos como la herencia, embarazo, obesidad, la hipersensibilidad visceral, vaciado gástrico lento, hernia hiatal y por último la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior (EEI); o también pueden ser exógenos como el alcohol, tabaquismo, alimentos copiosos y grasos, café, bebidas carbonatadas, fármacos (20). Varios estudios han sugerido que la edad avanzada y sobre todo aquellos de sexo masculino son más propensos a desarrollar ERGE; así también la personas con obesidad son 2,5 veces más frágiles que aquellos con un índice de masa corporal (IMC) normal. Las personas con hernia hiatal tienen mayor deficiencia del EEI, alteración en el peristaltismo y mayor lesión de la mucosa y exposición al ácido (21) (22).

La obesidad favorece a la aparición de los síntomas de ERGE, de esofagitis, y de adenocarcinoma de esófago, estos pacientes presentan con mayor frecuencia hernia hiatal, por eso se considera que la esofagitis en los obesos es debido a la existencia de hernia hiatal, y a un aumento de la presión abdominal que favorece al reflujo (5). Una publicación realizada por Hampel et al. en el 2005 que incluyó 9 estudios en los que se evaluó la asociación de la obesidad y el riesgo de ERGE, evidenció que la severidad de los síntomas está directamente relacionado con el IMC mayor de 30 kg/m² con OR de 1,94, siendo esta más evidente en mujeres con severidad de síntomas de ERGE (23).

El *Helicobacter Pylori* en la ERGE es controversial, ya que no afecta la barrera antirreflujo, el tono del EEI y tampoco se ha determinado como un factor protector, existen ciertos estudios donde tras la erradicación de este, incrementaban los síntomas de ERGE, aunque otros determinaban lo contrario. Un estudio en Estados Unidos publicado por Saad et al. en el 2012 demostró diferencias estadísticamente significativas con relación a la erradicación del *Helicobacter Pylori* en la ERGE, se observó que aquellos pacientes con erradicación de la bacteria presentaron una mejoría de 13,8% en comparación con el grupo donde no se erradicó el *Helicobacter Pylori* un 24,9% (24).

2.2.4. FISIOPATOLOGÍA

La ERGE aparece como resultado de un desequilibrio entre el reflujo gastroesofágico (RGE) y los mecanismos de defensa contra él; entre estos mecanismos de defensa está la barrera antirreflujo, aclaramiento de ácido esofágico, la resistencia tisular y por ultimo las relajaciones transitorias del EEI (25).

Con respecto a las relajaciones transitorias del EEI, cuando estas son anormales duran aproximadamente 20 segundos, es decir son independientes de la deglución, lo cual es superior en comparación con las relajaciones típicas que se dan inducidas por la deglución que duran menos de 10 segundos. En cuanto a las alteraciones en el aclaramiento esofágico, es decir el tiempo en que la mucosa del esófago está comprometido a componentes lesivos del RGE; estas alteraciones pueden ser mecánicas, lo que se relaciona al peristaltismo o también puede ser químicas es decir a la saliva (26).

También están los trastornos de la barrera antirreflujo, que puede ser causada por una hernia hiatal o la disminución de la presión de EEI; el vaciamiento del contenido gástrico retasado también puede causar un ERGE (27).

2.2.5. CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

La clasificación más utilizada es la de Montreal, la cual divide a la ERGE en dos tipos como: los síndromes esofágicos y extraesofágicos.

- **ERGE con síndromes esofágicos.** –son aquellos sintomáticos como ERNE y dolor torácico por reflujo; también los que producen lesiones en la mucosa como la esofagitis, estenosis, EB y adenocarcinoma (8).
- **ERGE con síndromes extraesofágicos.** - son aquellos con asociaciones establecidas como tos por reflujo, laringitis por reflujo, asma por reflujo y erosiones dentales por reflujo. Así también están aquellos con asociaciones propuestas como la faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media recurrente (8).

Clasificación según la gravedad puede ser:

- **ERGE leve;** aparición de síntomas, menos de tres en una semana, efecto mínimo en las actividades diarias de corta duración.
- **ERGE moderada;** aparición de síntomas, más de tres en una semana, sobreactividad en las actividades diarias a largo plazo (27).

Clasificación desde un punto de vista fenotípico, basado en endoscopia convencional; en la cual se reconocen tres tipos de ERGE como:

- A. ERNE:** en la que existe síntomas típicos de la enfermedad, pero sin daños en la mucosa esofágica, esta es considerada la más frecuente en la ERGE (27).
- B. ERE:** presenta daño a nivel de la mucosa esofágica, confirmada a través de endoscopia convencional según la clasificación de los Ángeles (28).
- C. EB:** metaplasia intestinal, existe lesiones debido a la exposición del ácido anormal (28).

GRADO	DEFINICIÓN
A	Una o más lesiones de la mucosa, menor a 5mm, no se extienden entre los dos extremos superiores de los pliegues de la mucosa.
B	Una o más lesiones de la mucosa, superiores a 5mm, no se extienden entre los dos extremos superiores de los pliegues de la mucosa
C	Una o más lesiones de la mucosa que se continúan entre los dos extremos superiores de los dos pliegues de la mucosa, pero los cuales se limitan a menos de 75% de la circunferencia.
D	Una o más lesiones de la mucosa que se limitan a menos de 75% de la circunferencia.

Tabla 1: Clasificación de los Ángeles de la ERGE.

Fuente: Mezerville L, Cabas J, Contreras F, Castellanos L, Dondis J, Galdámez J. Guía Práctica de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (ACCGED) para el manejo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). Acta Gastroenterológica Latinoam. 2014;44(2).

2.2.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas típicos para el diagnóstico de la enfermedad son la pirosis (75 al 98% de los casos) y la regurgitación (41 al 91%); con respecto a la regurgitación, esta puede ser nocturna (78% de los casos) la cual se cree que se presenta dos horas luego de acostarse, siendo grave y trayendo complicaciones de la enfermedad como esofagitis, estenosis, EB y adenocarcinoma. Según la clasificación de Montreal, pueden existir síntomas tanto típicos o esofágicos y los atípicos o extraesofágicos en la ERGE (9).

Los síntomas típicos también pueden ir acompañados de disfagia, náuseas, salivación abundante, dolor torácico no cardíaco, globo faríngeo, hipo y odinofagia. En cuanto a los síntomas atípicos están la tos crónica, disnea, erosiones dentales, asma, estridor, apnea, laringitis, faringitis y ronquera (29).

2.2.7. EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Pacientes con ERNE. - pueden presentar exacerbaciones o remisión de los síntomas, aproximadamente menos del 20% de estos pacientes suelen evolucionar después de unos 20 años en ENE poco agresiva. También se menciona que cerca del 70% presentan lesiones leves de la mucosa o una endoscopia normal que puede estar acompañada de síntomas típicos de la ERGE. El rasgo característico de esta entidad es el de las mujeres delgadas con problemas funcionales gastrointestinales y sin la presencia de hernia hiatal concomitante (4).

Pacientes con ERE. - aquí son característicos los pacientes masculinos con sobrepeso o ancianos y frecuentemente con presencia de hernia hiatal; suelen existir complicaciones como úlceras, perforaciones, hemorragias, estenosis esofágicas, EB o adenocarcinomas (4).

2.2.8. DIAGNÓSTICO

La principal herramienta para el diagnóstico de ERGE es la clínica, donde se observan síntomas cardinales de pirosis y regurgitación, según la respuesta terapéutica con inhibidores de las bombas de protones (IBP), siendo suficientes estos síntomas para orientar al diagnóstico de esta patología. Así también existen herramientas diagnósticas complementarias para la demostración de RGE como la endoscopía digestiva alta, impedanciometría multicanal PH y la histología en caso de adicionarse otros síntomas o ante la falla terapéutica (5).

MÉTODO	DEFINICIÓN	EVIDENCIA
Prueba terapéutica con IBP	Es positivo cuando los síntomas desaparecen con la terapia o si reaparecen una vez suspendida la terapia, respuesta terapéutica a los 7-14 días.	Calidad de evidencia baja, baja sensibilidad y especificidad, al no existir una dosis y duración estándar para este método diagnóstico (5).

Endoscopia convencional	Valora estado de la mucosa de esófago secundario a la ERGE, se puede observar friabilidad espontánea con hemorragia, ulceraciones, erosiones, úlceras y también permite adquirir muestras de la mucosa esofágica (19).	Sensibilidad baja para diagnóstico inicial. Indicado en pacientes con factores de alto riesgo como son obesidad, edad mayor de 50 años, género masculino, síntomas de ERGE con larga duración de 5 a 10 años, y quienes no responden a la prueba terapéutica (5).
Examen histológico de la muestra tomada por endoscopia	Se recomienda entre 2 a 6 muestras de biopsia de 4 a 5 cm, de estas, cerca del 60% de las muestras son normales en aquellos pacientes sintomáticos (5).	Único método para platear un diagnóstico de EB, displasia de diferente gravedad y neoplasia (5).
Impedanciometría multicanal PH	Herramienta sensible para evaluar todo tipo de RGE (ácido, débilmente ácido y alcalino), su composición, la extensión proximal, duración y aclaramiento (30)	La impedanciometría junto con pHmetría, aumenta la sensibilidad del monitoreo del reflujo a casi el 90% ya que permite la evaluación del reflujo débilmente ácido y no ácido. Aumenta el espectro diagnóstico de RGE, por lo que es considerado el gold standard para detectar episodios de reflujo (30).

Tabla 2: métodos diagnósticos de la ERGE

Fuente: Hani A, Galindo A, Maldonado C, Páramo D, Costa V, Sierra F. Guía de práctica clínica para enfermedad por reflujo gastroesofágico. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología. 2016;30(1):1-25.

2.2.9. TRATAMIENTO

El tratamiento tiene la finalidad de aliviar los síntomas y curar eventuales lesiones a nivel de la mucosa del esófago, este consta de medidas higiénico dietética, tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Medidas higiénico-dietéticas. – explicarle al paciente que cuide su peso, la obesidad aumenta la presión abdominal favoreciendo al reflujo y la aparición de hernia hiatal; la relación del consumo del alcohol y ERGE, que producen un aumento de la secreción acida por estimulación de la gastrina, y aumento de las relajaciones transitorias del EEI, disminución de su tono basal, retardo en el aclaramiento esofágico y vaciamiento gástrico, favoreciendo todo esto ERGE. Eliminar el consumo de tabaco, ya que puede alterar el tiempo de aclaramiento ácido, baja la presión basal del EEI, aumenta de la presión intraabdominal por la inspiración profunda y el reflejo de tos, lo que también contribuyen a desencadenar síntomas de ERGE (5).

El estrés, según revisiones se ha visto empeoran los síntomas del ERGE, el mismo no es tan específico ya que se ha observado también dichos síntomas en aquellos pacientes sanos. En lo que se refiere a la posición según estudios recomiendan no ingerir alimentos 2 a 3 horas antes de optar la posición decúbito, ya que esta favorecía el paso de alientos, del contenido gástrico al esófago contribuyendo al reflujo (31) (5).

Tratamiento farmacológico. – el objetivo del tratamiento de ERGE es la supresión de ácido, que generalmente es con ayuda de Inhibidores de la bomba de protones (IBP); aun así, existe una variedad de fármacos empleados en esta patología (6).

- **Antiácidos y Alginatos:** actúan neutralizando la secreción acida, estos han sido utilizados durante muchos años, actualmente no se recomienda el uso en pacientes con ERGE, tienen una calidad de evidencia muy baja, y han sido reemplazados por los fármacos antsecretorios. Tanto los antiácidos como los alginatos no contribuyen a la cicatrización de las erosiones esofágicas, no hay evidencia que apoye a su uso crónico (8) (5).

- **IBP:** actúan inhibiendo la bomba de protones H/K ATPasa en la célula parietal, han demostrado tener un efecto terapéutico de 57 a 74%; otros estudios mencionan que la utilización de estos dos veces al día en dosis regular presenta mejoría en más del 50% de los casos. Considerados medicamentos de primera elección para tratar la ERGE, producen mayor cicatrización, y alivio sintomático (8).
- **Bloqueadores de los receptores H2 de histamina (H2RA):** tienen un efecto menor al de los IBP entre 10 al 24% y actúan como auxiliares, se ha visto ser útiles para reducir la secreción acida en la noche, son efectivos con el tratamiento de ERGE son síntomas típicos o esporádicos, pero requieren de más tiempo. No se consideran como tratamiento de primera línea, (12) (8).
- **Los procinéticos:** utilizados para el aumento de la presión del EEI, ayudando al vaciamiento gástrico y el peristaltismo de este. No deben ser utilizados como tratamiento único para tratar la ERGE (12).

Tratamiento quirúrgico. – el más utilizada es la funduplicatura laparoscópica, ya que este ayuda a evitar el reflujo del contenido gástrico y así también a evitar la aparición de complicaciones como el esófago de Barrett. Este se utiliza cuando no hay respuesta del tratamiento médico o existen recidivas y complicaciones de la enfermedad (32).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Tipos de ERGE:** Akyüz, lo define como una clasificación desde un punto de vista fenotípico, aquella que presenta síntomas típicos de la enfermedad sin daños en la mucosa esofágica ERNE y la variedad que presenta daño a nivel de la mucosa esofágica ERE (28).
- **Edad:** Vargas, lo expone como el tiempo que ha vivido una persona o el número de años cumplidos según la fecha de nacimiento (33).
- **Sexo:** Según Gómez, significa cortar o dividir, con ello la división tanto de machos y hembras a partir de las características biológicas, como los genitales o el tipo de gameto que producen (34).
- **Obesidad:** la OMS menciona que son aquellas personas que tienen exceso de grasa corporal, donde un IMC igual o superior a 30 kg/m² es el indicador para diagnosticar obesidad en ambos sexos (35).
- **Hernia hiatal:** Pérez et al. definen como una condición anatómica adquirida, un prolapso del estómago proximal a cualquier estructura no esofágica a través de hiato esofágico (36).
- **Embarazo:** La OMS define que es aquella que comienza cuando termina la implantación, el cual ocurre entre los días 12 a 16 posterior a la fecundación (37).
- **Helicobacter pylori:** Otero define como una bacteria Gram negativa, que infecta el estómago del humano, produce gastritis crónica y actualmente es definida como una enfermedad infecciosa (38).
- **Síntomas típicos de ERGE:** según Hani, son aquellos síntomas característicos que pueden guiar al diagnóstico de ERGE, como la pirosis y regurgitación, la cual se presenta con una frecuencia de dos o más veces por semana (5).

- **Clasificación de los ángeles de esofagitis:** Olmos y su colaboradores mencionan que son aquellos grados de severidad que se observan a través de endoscopia digestiva en la esofagitis, estos pueden ser grado A, B, C o D (2).

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo, en pacientes mayores de 18 años que acuden al servicio de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, marzo 2018- abril 2019.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas como la edad, sexo, lugar de residencia de la población objeto de estudio.
- Determinar la frecuencia de ERNE y ERE según la clasificación de los ángeles.
- Identificar los factores predisponentes o agravantes de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo como: obesidad, hernia hiatal, embarazo, *helicobacter pylori*.
- Conocer la frecuencia de ERNE, ERE según los síntomas típicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico como: pirosis y regurgitación.

CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, cuantitativo de corte transversal, se recolectaron datos específicos en relación con una fecha determinada.

4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en la provincia del Azuay, en la ciudad de Cuenca, en el servicio de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, ubicado entre av. Los Arupos y 12 de abril.

4.1.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo estudiado fue comprendido por pacientes mayores de 18 años que acudieron a la consulta externa de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Mosco en la ciudad de Cuenca en un periodo de abril 2018 a marzo del 2019. Las cuales según la base de datos proporcionada por el área de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso fueron de 7701.

4.1.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La misma que se obtuvo mediante la fórmula para cálculo de muestra finita y a través del programa EPIINFO TM última versión 7.2 2.6.

Se tomó como base un estudio de revisión sistemática en Latino América en el 2016, en países de Brasil, Argentina y México, donde la prevalencia del ERGE fue del 11,9% (2).

El tamaño de la muestra se calculó para una población conocida (N= 7701) basada en la variable de 11,9% de prevalencia (p), 95% de intervalo de confianza (z) y un margen de error del 5% (e). Se aplicó la siguiente fórmula para universo finito:

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N-1) + (z^2 * p q)} = \frac{(1,96)^2 * 7701 * 0,119 * 0,881}{0,05^2 (7701-1) + (1,96^2 * 0,119 * 0,881)} = 157,8$$

Posterior al cálculo se obtuvo una muestra de 158, más el 10% de pérdidas con número de 174 pacientes.

4.1.5. POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA

4.1.5.1. Población

La población de estudio es similar al universo.

4.1.5.2. Muestra

Se tomaron 174 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.1.5.3. Muestreo

En la asignación de las pacientes al estudio, se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir, del total de historias clínicas se escogerán 174 que cumplan con los criterios de inclusión. Los programas por utilizar para análisis de los datos son Excel 2013 y SPSS v15.0 para Windows.

4.1.6. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

La unidad de análisis fue comprendida por las historias clínicas de las pacientes que acudieron a consulta externa del área de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo marzo 2018- abril 2019.

4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es un estudio de tipo observacional, descriptivo, cuantitativo de corte transversal, de diseño no experimental, enfocada al levantamiento de historias clínicas con la finalidad de recoger datos sobre la prevalencia, caracterización de enfermedad de reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas con sintomatología típica de la ERGE que se realizaron endoscopia digestiva alta.
- Personas mayores de 18 años que acudan al servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso.
- Personas atendidas en el periodo marzo 2018- abril 2019.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas que presenten una historia clínica incompleta

4.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

4.4.1. MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El método empleado fue la revisión documental y la utilización de un formulario de recolección de datos (Anexo 2).

4.4.2. TÉCNICA

La técnica utilizada para la recolección de datos fue el levantamiento de historias clínicas, las cuales fueron escogidas por conveniencia, en donde se buscaron los siguientes datos como: edad, sexo, residencia, factores agravantes como:

obesidad, hernia hiatal, embarazo, helicobacter pylori, síntomas típicos de ERGE, clasificación de los ángeles de esofagitis; los mismos que serán recolectados en un formulario para su posterior interpretación y análisis.

4.4.3. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se realizó un estudio de tipo descriptivo cuantitativo de cohorte transversal en pacientes que acudieron a consulta externa de gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, con el objetivo de determinar prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo de la institución. Los datos fueron recolectados mediante un formulario, donde constan todas las variables es necesarias para el estudio. Una vez obtenidos los resultados se procedió al análisis estadístico, mediante los programas estadísticos SPSS versión 15.

4.4.3.1. TABLAS

Las tablas elaboradas son simples donde se demuestran todas las variables analizadas.

4.4.3.2. MEDIDAS ESTADÍSTICAS

El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS versión 15, describiendo las variables a través de media, frecuencias, porcentajes y tablas.

4.5. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR PROCESOS BIOÉTICOS

Este estudio se encuentra con la aprobación del Comité de Bioética y de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica de Cuenca, posterior a esto se solicitó la autorización por parte de las autoridades pertinentes del Hospital Vicente Corral Moscoso, la información se recolectó sin alteración de ningún dato; con el objetivo de determinar la prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo de la institución.

En el presente estudio no se trabajó de manera directa con las pacientes, por lo tanto, no fue necesaria la implementación de consentimientos informados. Se preservará la confidencialidad de los nombres y números de cédula de ciudadanía de los registros hospitalarios, para que las participantes no sean expuestas de ninguna forma.

4.6. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Residencia
- Obesidad
- Hernia hiatal
- Embarazo
- Helycobacter pylori
- Síntomas típicos de ERGE
- Tipos de ERGE
- Clasificación de los ángeles de esofagitis

4.6.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES (ANEXO 1)

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

El presente estudio se realizó a partir de la información recolectada en un formulario de las 174 historias clínicas de pacientes mayores de 18 años atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, marzo 2018- abril 2019.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Las historias clínicas revisadas corresponden a 174 pacientes mayores de 18 años, con una media de 51,96 años +/- 15.83 de diferente lugar de residencia, que acudieron a Consulta Externa del área de Gastroenterología del Hospital Vicente Corral Moscoso, marzo 2018- abril 2019, los mismos que cumplieron los criterios de inclusión.

5.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla N1: Distribución de 174 pacientes estudiados según las características sociodemográficas.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		N	%
EDAD	18 a 29	20	11,5
	30 a 64	116	66,7
	> 65	38	21,8
Media de edad: 51,96		Desviación estándar: 15,83	
SEXO	Femenino	118	67,8
	Masculino	56	32,2
LUGAR DE RESIDENCIA	Urbano	155	89,1
	Rural	19	10,9
TOTAL		174	100,0

Fuente: Historias clínicas
Autora: Kerly Medina

Se observa que del grupo de pacientes con ERGE estudiados, la edad que prevalece está conformada entre 30 a 64 años con un 66,7%, su media de edad es de 51,96 años; siendo la mayoría de estos casos de sexo femenino con un 67,8%; el lugar de residencia predominante fue urbano con un 89,1%.

TABLA N2: Distribución de 174 pacientes estudiados según la frecuencia de ERGE erosivo y ERGE no erosivo.

PREVALENCIA DE ERGE EROSIVO Y NO EROSIVO	N	%
ERGE EROSIVO	47	27,0
ERGE NO EROSIVO	127	73,0
TOTAL	174	100,0

Fuente: Historias clínicas
 Autora: Kerly Medina

De los pacientes con ERGE, se pudo observar que la frecuencia prevalente de ERGE no erosivo fue de 73 %, en comparación con la ERGE erosiva que fue en 47 pacientes, con un porcentaje menor de 27%.

TABLA N3: Distribución de pacientes con esofagitis según la frecuencia de la clasificación de los ángeles.

FRECUENCIA ESOFAGITIS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE LOS ANGELES		N	%
ERGE EROSIVO		47	27,0
CLASIFICACIÓN DE LOS ANGELES	Grado A	27	15,5
	Grado B	12	6,9
	Grado C	5	2,9
	Grado D	3	1,7
TOTAL		47	27,0

Fuente: Historias clínicas
 Autora: Kerly Medina

Del total de los pacientes con ERGE erosivo que fue el 27%, un 15,5% es grado A según la clasificación de los ángeles, siendo este el porcentaje más relevante que correspondía a 27 personas, el 6,9% grado B, el 2,9% grado C, 1,7% grado D.

Tabla N4: Distribución de pacientes estudiados según los factores agravantes de la enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo.

Fuente: Historias clínicas

FACTORES AGRAVANTES		ERGE				TOTAL	
		ERGE EROSIVA		ERGE NO EROSIVO		N	%
		N	%	N	%		
Obesidad	Si	15	31,9%	40	31,5%	55	31,6%
	No	32	68,1%	87	68,5%	119	68,4%
Hernia Hiatal	grado I	12	25,5%	10	7,9%	22	12,6%
	grado II	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	grado III	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Embarazo	Si	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	No	47	100,0%	127	100,0%	174	100,0%
Helicobacter Pylori	si	14	29,8%	32	25,2%	46	26,4%
	no	33	70,2%	95	74,8%	128	73,6%

Autora: Kerly Medina

Según esta tabla con relación a los factores agravantes de ERGE erosiva prevalece con un 31,9% la obesidad; así también en la ERGE no erosiva, pero con un porcentaje inferior de 31,5%. Otro de los factores predominantes en ERGE erosivo fue la hernia hiatal grado I en un 25,5%, siendo superior a la no erosiva de 7,9%. En cuanto al Helicobacter pylori en ERGE erosiva fue de 29,8% en comparación con la no erosiva de 25,2%; y el factor de riesgo embarazo, fue negativo en los dos casos de la enfermedad.

Tabla N5: Distribución de pacientes estudiados de ERGE erosiva y no erosiva, según la proporción de los síntomas típicos.

SINTOMAS TÍPICOS	ERGE					
	ERGE EROSIVA		ERGE NO EROSIVO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Pirosis	12	25,5%	22	17,3%	34	100,0%
Regurgitación	14	29,8%	51	40,2%	65	100,0%
Pirosis y Regurgitación	21	44,7%	54	42,5%	75	100,0%

Fuente: Historias clínicas

Autora: Kerly Medina

Con respecto al síntoma característico prevalente del estudio, fue pirosis y regurgitación tanto para ERE en un 44,7% y ERNE en 42,5%. El siguiente fue solo regurgitación en un 29,8% en ERE y 40,2% en ERNE; por último, solo pirosis con 25,5% en ERE y 17,3% en ERNE.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

En nuestro estudio se observó que de los 174 pacientes estudiados con ERGE, 118 (67,8%) fue población femenina, así también el promedio de edad fue de 51,96, la misma que pertenece al grupo etario de 30 a 64 años, que comprendían el 66,7% de los pacientes; y 155 (89,1%) pertenecían a la zona urbana. Estos datos son similares a un estudio realizado por Fajardo et al. en Colombia en el 2017, donde se observó que el sexo prevalente fue el femenino con un 58,9%, y el área urbana con 97,7%; aun así, con respecto a la edad media, se evidenció un rango inferior al de nuestro estudio, que fue de 42,5 años, pertenecientes al grupo etario entre los 30 a 39 años (10). Así también otro realizado en Latino América-Colombia similar al nuestro, por Páramo y sus colaboradores en el 2016 evidenciaron que el sexo femenino fue predominante en un 72,4%, con un promedio de edad inferior al nuestro, de 44,07 perteneciendo al rango de edad de 31 a 45 años (39).

Aquellos pacientes que presentan síntomas típicos de ERGE, un 70% tienen hallazgos endoscópicos normales (40); lo mismo que se pudo observar de este estudio, donde ERNE fue de 73% es decir, se presentó en 127 pacientes del total de la muestra, y la ERE fue de 27% que estuvo conformado con 47 pacientes, porcentajes relacionables con estudios de otros países; como uno publicado por Olmos et al. en Argentina en el 2016, donde la prevalencia de ERNE fue de 60%, siendo superior a la de ERE que presentó un 35% (2). Otro estudio similar publicado en la revista Acta Gastroenterológica Latinoamericana durante el 2012 en Argentina por Salis, menciona que el 60,2% de la población estudiada presentaba ERNE y solo un 35,5% ERE (41).

Del 27% de los pacientes estudiados en los cuales se evidenció lesión de la mucosa detectada por endoscopia, el grado de esofagitis más frecuente fue grado A según la clasificación de los ángeles, en 27 pacientes (15,5%); siendo este resultado

similar al estudio de Bayamo-Cuba, que del 52,1% del total de los pacientes con ERE, también fue prevalente el grado A, en 47 pacientes (19,6%); aun habiendo dicha semejanza se puede observar que los porcentajes de ese estudio fue superior al nuestro (42).

Con respecto a los factores agravantes de ERGE, la obesidad está relacionada estrechamente con esta enfermedad; en este estudio se observó un porcentaje de 31,6% de participantes con obesidad, y el 68,4% restante no presentaban dicho factor; comparado con un estudio realizado por Velezi y colaboradores, en Brasil en el año 2018, se puede estimar un porcentaje superior de pacientes obesos 50% con ERGE, el 27% en pacientes con sobrepeso y un 23% restantes se encontraban dentro de los parámetros normales (43).

La frecuencia de obesidad en ERE fue 31,9% a diferencia de aquellos que no presentaban un IMC mayor a 30 (68,1%); siendo estos contradictorio con un estudio en Corea del Sur realizado en el 2018, donde de total de los pacientes con ERE, un 26,9% eran obesos y el 15,8% no obesos; lo cual es evidente, ya que en la actualidad la obesidad ha aumentado, la misma que favorece a la aparición de síntomas de ERGE y de esofagitis (44).

Está demostrado que la hernia hiatal es un factor de riesgo para esta enfermedad, ya que modifica la anatomía de la unión gastroesofágica; en esta investigación se estimó únicamente el grado I; siendo más frecuente en la esofagitis 25,5%, que en la ENE 7,9%; datos semejantes con un estudio de Lovino et al. en Italia del año 2017, aunque el porcentaje de este fue más elevado, donde un 75% de pacientes con esofagitis presentaban hernia hiatal grado I (45).

El papel del helicobacter pylori como factor agravante de esta enfermedad es muy discutido, ya que no afecta la barrera antirreflujo, las relajaciones transitorias del EEI y el tono de este, aun así, varios estudios han señalado que luego su erradicación mejora los síntomas de ERGE (5). La presencia de helicobacter fue de

29,8% en ERE e inferior en ENE con 25,2%, dato diferente a estudios realizados en Perú, donde hubo una menor prevalencia en pacientes con ERE 27%, siendo mayor en ERNE con 44% (46).

La principal herramienta para el diagnóstico de ERGE, esta guiada por la clínica, donde se observan síntomas típicos como la pirosis y la regurgitación; en este estudio los síntomas prevalentes tanto para ERE y ERNE fueron pirosis y regurgitación en un 44,7% y 42,5% respectivamente, seguido de solo regurgitación en ERE 29,8% y ERNE 40,2%; con respecto a la prevalencia de solo pirosis, en este estudio fue inferior de 25,5% en esofagitis y 17,3% en ERNE; habiendo semejanza con una publicación en Argentina donde, el síntoma típico de ERGE prevalente fue pirosis y regurgitación entre un 21 al 59%, seguido de regurgitación de 9 a 45% y por último pirosis entre 10 al 48%. Sin embargo, otra investigación de la revista DIGEST en el 2014, estimó que la pirosis es el síntoma principal con 13,5%, a diferencia de regurgitación que fue de 10,2%; datos diferentes al de nuestro estudio (47).

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BIBLIOGRAFÍA

7.1. CONCLUSIONES

- La mayoría de los pacientes con ERGE incluidas en el estudio tenían entre 30 a 64 años, eran de sexo femenino y residían en la zona urbana.
- De los 174 pacientes con ERGE del Hospital Vicente Corral Moscoso que entraron al estudio, más de la mitad presentó ERNE y en menor frecuencia ERE, se observó también que el grado de alteración esofágico prevalente según la escala de los ángeles fue grado A.
- Los factores agravantes más frecuentes fueron la obesidad tanto para ERNE como ERE, donde no hubo diferencias tan significativas, con respecto a hernia hiatal y helicobacter pylori fueron más frecuentes en ERE; y por último el factor predisponente de embarazo no fue analizado por falta de pacientes en esta condición.
- En este estudio los síntomas típicos prevalentes tanto para ERE y ERNE fueron la pirosis y regurgitación, seguido de solo regurgitación y por último siendo el de menor prevalencia solo pirosis.

7.2. RECOMENDACIONES

- Se debería incentivar a la población general a cambios en su estilo de vida, con la finalidad de disminuir la prevalencia de esta enfermedad y sus complicaciones, la cual trae alteraciones en la calidad de vida de la persona y costes sanitarios.
- Recomendar la implementación de otros instrumentos diagnósticos en el Hospital Vicente Corral Moscoso para la ERGE y poder complementar tanto en ERE y ERNE para determinar sus subtipos, como pHmetría e impedanciometría para un tratamiento específico en base a estos datos obtenidos.
- Aportar con datos locales sobre la enfermedad de reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo y sus factores de riesgo, para conocer la realidad local e incentivar a obtener datos nacionales.
- Servir como información base para complementar estudios posteriores sobre este tema frecuente en la práctica clínica de primer nivel de atención, así como de especialidad.

7.3. BIBLIOGRAFÍA

1. Montiel Á, Solís H, Palmer M. Expresión de la metaloproteinasa-9 en pacientes con formas leves y graves de enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cir Cir.* 2019;87(1):7.
2. Olmos J, Piskorz M, Vela M. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterol Latinoam.* 46(2):160-72.
3. Dutan F, Lema C, Vélez V, Padilla E. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Científica Investig Actual Mundo Las Cienc.* 2019;3(2):572-96.
4. Murcia O, Gutiérrez A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicine (Baltimore).* 2016;12(1):11-21.
5. Hani A, Galindo A, Leguizamo A, Maldonado C. Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Asoc Colomb Gastroenterol Endosc Dig Coloproctol Hepatol.* 2016;30(1):9.
6. Schey R, Alla S, Midani D, Parkman H. Recurrencia sintomática relacionada con la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes que discontinúan los inhibidores de la bomba de protones durante el estudio inalámbrico de monitorización de pH esofágico Bravo. *RevistadeGastroenterologíadeMéxico.* 2017;82(4):277-86.
7. López A, Pacio M, Jesús L, Rodríguez J, López M, Montiel A, et al. Factores de riesgo asociados a recaída de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes de primer nivel de atención exitosamente tratados con inhibidor de la bomba de protones. *Rev Gastroenterol México.* 1 de abril de 2017;82(2):106-14.
8. Huerta F, Bielsa M, Remes J, Valdovinos M, Tamayo J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol México.* 2016;81(4):208-22.

9. Zamora Z. Reflujo gastroesofágico, características generales y modelos experimentales. Rev CENIC Cienc Biológicas [Internet]. 2015 [citado 29 de agosto de 2019];46(1). Disponible en: <https://revista.cnice.edu.cu/revistaCB/articulos/reflujo-gastroesof%C3%A1gico-caracter%C3%ADsticas-generales-y-modelos-experimentalesgastroesophageal>
10. Fajardo E, Montero E, Hernandez V, Capera C, Barajas H. Factors associated with the prevalence of gastroesophageal reflux disease in officials of a public university of Ibagué (Colombia). Salud Uninorte Barranquilla Col. 2017;33(3):296-305.
11. Tabrez E, Hussain A, Rao S, Jagadeesh A, Peela J, Tabrez S. Gastroesophageal Reflux Disease: A Review of Symptomatic Management. Crit Rev Eukaryot Gene Expr. 2018;28(1):87-92.
12. González J, Hernández T, Palomares U, Casteltor L, Pérez J, Anaya R. Tratamiento actual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Cir Gen. 2015;37(1-2):38-43.
13. Lee Y, Jang B, Ko S, Chae Y. Comorbid risks of psychological disorders and gastroesophageal reflux disorder using the national health insurance service—National Sample Cohort. Medicine (Baltimore) [Internet]. 4 de mayo de 2018 [citado 29 de agosto de 2019];97(18). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393012/>
14. Sánchez G, Cequeda C, Rodríguez C. Reflujo gastroesofágico y esofagitis erosiva. Rev Gen. 2014;68(4).
15. Tripathi M, Streutker C, Marginean E. Relevance of histology in the diagnosis of reflux esophagitis. Ann N Y Acad Sci. 2018;1434(1):94-101.
16. Velarde J, Rodríguez J, Ileana C. Guía para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Médica. 2014;5(2):87-93.

17. Mas P, Mora F, Pascual I, Hernández V, Peña A, Almela P, et al. Esofagitis erosiva VS enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no erosiva. *Rev Soc Valencia Patol Dig.* 2014;20(3):99.
18. Kang B, Lee H, Choi Y, Jeon C, Lee J. Banxia Xiexin tang for gastro-oesophageal reflux disease: A protocol for a systematic review of controlled trials. *Medicine (Baltimore).* abril de 2018;97(17):e0393.
19. Manterola C. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. *Int J Med Surg Sci.* 2016;3(1):16.
20. Boltin D, Zvidi I, Raskin M, Kayless H, Schmilovitz H, Gingold R, et al. Effect of Postprandial Administration of Esomeprazole on Reflux Symptoms in Gastroesophageal Reflux Disease: A Randomized, Controlled Trial. *Dig Dis Basel Switz.* 2018;36(4):257-63.
21. Sánchez C, Leal V, García A. Sensibilidad y especificidad del Cuestionario Gastrointestinal Corto en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108(4):7.
22. Castillo R, Otero W, Trespalacios A. Impacto de las medidas generales en el tratamiento del reflujo gastroesofágico: una revisión basada en la evidencia. *Rev Col Gastroenterol.* 2015;30(4).
23. Hampel H, Abraham N, El Serag H. Meta-analysis: obesity and the risk for gastroesophageal reflux disease and its complications. *Ann Intern Med.* 2 de agosto de 2005;143(3):199-211.
24. Saad A, Choudhary A, Bechtold M. Effect of Helicobacter pylori treatment on gastroesophageal reflux disease (GERD): meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol.* febrero de 2012;47(2):129-35.
25. Gómez O. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) erosiva (EE) y no erosiva (ERNE). *Rev Gastroenterol México.* 2015;80(1):44-8.

26. Hu H, Li H, Xiong Y, Zhang X, Zhi J, Wang X, et al. Establishment of animal model of gastroesophageal reflux disease by per-oral endoscopic tunneling: a preliminary study. *J Thorac Dis.* marzo de 2018;10(3):1607-13.
27. Akyüz F, Mutluay Ö. How is gastroesophageal reflux disease classified? *Turk J Gastroenterol.* diciembre de 2017;28(Suppl 1):S10-1.
28. De Mezerville L, Cabas J, Contreras F, Castellanos L, Dondis J, Galdámez J. Guía Práctica de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (ACCGED) para el manejo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterológica Latinoam.* 2014;44(2).
29. Yates R, Oelschlager B. Surgical treatment of gastroesophageal reflux disease. *Surg Clin North Am.* junio de 2015;95(3):527-53.
30. Defilippi C. Nuevos métodos para el diagnóstico del reflujo y de los trastornos motores esofágicos: manometría de alta resolución e impedanciometría multicanal PH. *Gastroenterol Latinoam.* 2013;24(1):13-5.
31. Gyawali C, Azagury D, Chan W, Chandramohan S, Clarke J, de Bortoli N, et al. Nonerosive reflux disease: clinical concepts. *Ann N Y Acad Sci.* 2018;1434(1):290-303.
32. Villalobos S, Hernández J, Hernández S. Criterios quirúrgicos en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Experiencia en el Hospital Nuevo Sanatorio Durango. *Acta Médica Grupo Ángeles.* diciembre de 2016;14(4):201-5.
33. Vargas E, Espinoza R. Tiempo y edad biológica. *Arbor.* 30 de abril de 2013;189(760):022.
34. Escobar S, López N. Psychological meanings of sex, sexuality, men and women PSICOLÓGICO DE SEXO, in university students. *Enseñ E Investig En Psicol.* 2016;21:9.

35. Moreno M. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD. REV MED CLIN CONDES. 2012;23(2):124-8.
36. Vaca J, Leon J, Orozco C. Hernia hiatal: un desafío diagnóstico y terapéutico. A propósito de un caso. MEDUIS. 2017;30(2):83-8.
37. Menéndez G, Navas I, Hidalgo Y, Espert J. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Rev Cuba Obstet Ginecol. septiembre de 2012;38(3):333-42.
38. Otero W. Helicobacter pylori en agua potable ¿Es la ruta de la infección? Acta Med Colomb [Internet]. 2017 [citado 29 de agosto de 2019];42(2). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/muis/v30n2/0121-0319-muis-30-02-00083.pdf>
39. Páramo D, Albis R, Galiano MT, De Molano B, Rincón R, Pineda L, et al. Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. Rev Col Gastroenterol. 2016;31(4):10.
40. Roark R, Sydor M, Chatila A, Umar S, De la Guerra R. Management of gastroesophageal reflux disease. Dis Mon [Internet]. 2019 [citado 1 de agosto de 2019];5(20). Disponible en: <https://sci-hub.se/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001150291930029X?via%3Dihub>
41. Salis G. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: Espectro clínico, diagnóstico y estrategias terapéuticas. Acta Gastroenterológica Latinoam. 2012;42(1):3.
42. Serrano Y, Lavernia J, Noguera B. Caracterización de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Multimed Rev Médica Granma. 2014;18(1):12.
43. Velezi A, Herbella F, Schlottmann F, Patti M. Gastroesophageal Reflux Disease in Obese Patients. J Laparoendosc Adv Surg Tech [Internet]. 2018 [citado 1 de agosto de 2019];28(8). Disponible en: <https://sci-hub.se/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30004267>

44. Baeg M, Ko S, Ko S, Jung H, Choi M. Obesity increases the risk of erosive esophagitis but metabolic unhealthiness alone does not: a large-scale cross-sectional study. *BMC Gastroenterol.* 8 de junio de 2018;18(1):1-8.
45. Lovino P, Santonicola A, Angrisani L. The Problem of Gastroesophageal Reflux Disease and Hiatal Hernia. *Bariatr Metab Surg* [Internet]. 2017 [citado 31 de julio de 2019];1(17). Disponible en: https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1007/978-88-470-3944-5_17
46. Barreda C, Arcana R, Salazar F, Barriga E, Monge V, Salazar F, et al. Menor prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* observada en pacientes con esofagitis erosiva. *Rev Gastroenterol Perú.* enero de 2014;34(1):33-7.
47. Cantillo L, Sánchez J, Contreras F, García L. Guía Práctica de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Gastroenterología y Endoscopía Digestiva (ACCGED) para el manejo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterológica Latinoam.* 2014;44(2):17.

ANEXOS

ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos y meses	Cédula	Numérica 18 a 29 30 a 64 > 65
Sexo	Caracteres sexuales externos que identifican a una persona como hombre o mujer	Biológica	Fenotipo	Nominal masculino femenino
Residencia	Ubicación geográfica donde vive o habita una persona.	Lugar donde vive el paciente	Lugar	Nominal Urbano Rural
Obesidad	Patología que se caracteriza por una acumulación excesiva y general de grasa en el cuerpo.	Marcadores biológicos	IMC (≥ 30)	Nominal Si No
Hernia hiatal	Condición donde la parte superior del estómago se introduce en el tórax a través de una abertura en el		Radiología o endoscopia digestiva alta.	Ordinal No presenta Grado I Grado II Grado III

	diafragma llamada hiato.			
Embarazo	Periodo que transcurre entre la concepción y el parto; donde el óvulo fertilizado se desarrolla en el útero	Estado de la mujer gestante	Test de embarazo en sangre u orina	Nominal Si No
Helicobacter pylori	Bacteria que infecta de mucosa gástrica, causa inflamación y úlceras en el estómago o el intestino delgado		biopsia, antígeno en heces	Nominal Si No
Síntomas típicos de ERGE	Manifestaciones clínicas principales de la ERGE	Síntomas esofágicos	Historia clínica	Nominal Pirois Regurgitación Pirois y regurgitación
Tipos de ERGE	Variedades fenotípicas de ERGE	Subtipos de la ERGE	Endoscopia digestiva alta	Nominal ERGE no erosiva ERGE erosiva
Clasificación de los Ángeles de esofagitis	Sistema de clasificación y determinación de la severidad endoscópica de la esofagitis erosiva.	Método diagnóstico	Endoscopia digestiva alta	Ordinal Grado A Grado B Grado C Grado D

ANEXO N°2: FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA



FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“PREVALENCIA, CARACTERIZACION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018- ABRIL 2019.”

Formulario N° _____

1. EDAD _____

2. SEXO

2.1. Femenino

2.2. Masculino

3. RESIDENCIA

3.1. Urbana

3.2. Rural

4. OBESIDAD Talla: ____

Peso: ____ IMC:

4.1. Si

4.2. No

5. HERNIA HIATAL

5.1. No presenta

5.2. Grado I

5.3. Grado II

5.4. Grado III

6. EMBARAZO

7.1. Si

7.2. No

9. HELICOBACTER PYLORI

9.1. Si

9.2. No

7. SINTOMAS TIPICOS DE ERGE

7.1. Pirosis

7.2. Regurgitación

7.3. Pirosis y regurgitación

8. ERGE NO EROSIVA

8.1. Si

8.2. No

9. ERGE EROSIVA

9.1. SI

9.2. NO

10. CLASIFICACION DE LOS ANGELES

10.1. Grado A

10.2. Grado B

10.3. Grado C

10.4. Grado D

Fuente y autora:

Kerly Soraida Medina Jara

ANEXO N°4: PRESUPUESTO

N.º	Descripción	Cantidad	Valor unitario USD	Valor total USD
1	Transporte	11 MESES	1.00	500.00
2	Computador	1	1.000	1.000
3	Internet	180HORAS	1.00	180.00
4	Copias	500	0.03	10.00
5	Impresiones	1500	0.02	80.00
6	Materiales de escritorio	-----	VARIOS	80.00
7	Alimentación	30	2.00	250.00
8	Imprevistos	-----	-----	100.00
9	Total	-----	-----	2,200

ANEXO N°5: OFICIO DE BIOÉTICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca, 20/6/2019

El Comité Institucional de Bioética en Investigación en Seres Humanos de la Universidad Católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el **proyecto de investigación** titulado

Prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastro esofágico erosivo y no erosivo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, marzo 2018 - abril 2019.

Trabajo de titulación realizado por Kerly Soraida Medina Jara

Código: Me33PreME15




DR. CARLOS FLORES MONTESINOS

RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA

ANEXO N°6: OFICIO DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO



Oficio No. 00543-GHR-2019
Cuenca, 08 de julio de 2019

Licenciada
Carem Prieto
RESPONSABLE DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
Presente

Asunto: Carta de interés institucional con protocolo de investigación "PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA MARZO 2018- ABRIL 2019"

De mi consideración

Yo **OSCAR MIGUEL CHANGO SIGUENZA** con CI 0102631652, en calidad de autoridad del HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, manifiesto que conozco y estoy de acuerdo con la propuesta del protocolo de investigación titulado "PREVALENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA MARZO 2018- ABRIL 2019". Cuyo investigador principal es Kerly Soraida Medina Jara.

Certifico también que se han establecido acuerdos con el investigador para garantizar la confidencialidad de los datos de los individuos, en relación con los registros médicos fuentes de información a los que se autorice su acceso.

Atentamente,


Dr. Oscar Chango Sigüenza
GERENTE DEL HOSPITAL
VICENTE CORRAL MOSCOSO

Hospital Vicente Corral Moscoso
GERENCIA
 **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**
Av. 12 de Abril y Los Arupos Cuenca - Ecuador

Av. Los Arupos y Av 12 de Abril
Teléfonos: 593 (7) 4096600 / 4096601 / 4096602
Email: dpsazuay@misp.gob.ec
www.hvcm.gob.ec

ANEXO N°7: INFORME DE SISTEMA ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TITULACION KERLY SORAIDA MEDINA JARA

INFORME DE ORIGINALIDAD

7 %	6 %	2 %	4 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.medigraphic.com Fuente de Internet	1 %
2	pt.scribd.com Fuente de Internet	1 %
3	F. Huerta-Iga, M.V. Bielsa-Fernández, J.M. Remes-Troche, M.A. Valdovinos-Díaz, J.L. Tamayo-de la Cuesta. "Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología", Revista de Gastroenterología de México, 2016 Publicación	1 %
4	rcientificas.uninorte.edu.co Fuente de Internet	1 %
5	www.cirugest.com Fuente de Internet	1 %
6	scielo.conicyt.cl Fuente de Internet	<1 %

7

Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia

Trabajo del estudiante

<1%

8

repository.unimilitar.edu.co

Fuente de Internet

<1%

9

docplayer.es

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO N°8: CERTIFICADO DE CENTRO DE IDIOMAS



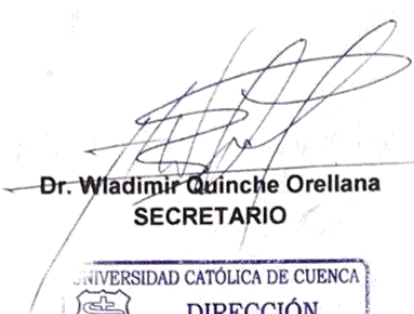
UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA

COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO

CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 06 de septiembre de 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO


Dr. Wladimir Quinche Orellana
SECRETARIO



Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. ☎ Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Avila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cdia. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392

www.ucacue.edu.ec

ANEXO N°9: RÚBRICAS DE PARES REVISORES



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
DR. STEBY CARDENAS H.
DIRECTOR DE CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Prevalencia, Caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo, Hospital Vicente Corral Moscoso, Mayo 2018 - Abril 2019
Nombre del estudiante: Keyly Soraida Medina Jara
Director: Dr. Luis Gabriel Tiqui
Título a obtener:
Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			1/1
Redacción Científica	✓			1/1
Pensamiento crítico	✓			1/1
Marco teórico	✓			1/1
Anexos	✓			1/1
Total				5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	✓
Tesis apta para publicación con modificaciones	
Tesis no apta para publicación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pío Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



MH



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

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN



Rubrica 5 Plagio y Normas de Bibliografía

Tema: Prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujogastroesofágico erosivo y no erosivo, Hospital Vicente Corral Tolentino, IATAO 2018 -Abril 2019"

Nombre del estudiante: Kelly Soraida Medina Jara.

Director: Dr. Luis Gabriel Tigris

Título a obtener:

Fecha de sustentación:

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	/			/ 11
Redacción Científica	/			/ 11
Pensamiento crítico	/			/ 11
Marco teórico	/			/ 11
Anexos	/			/ 11
Total				5 15

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para publicación	<input checked="" type="checkbox"/>
Tesis apta para publicación con modificaciones	<input type="checkbox"/>
Tesis no apta para publicación	<input type="checkbox"/>

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Manuel Vega y Pío Bravo
 Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
 CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

01/11



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA MEDICINA



DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

ANEXO N°10: RÚBRICA DE DIRECCIÓN DE CARRERA



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica – Revisión final por parte de Dirección de Carrera de Medicina

Tema: Prevalencia, caracterización de enfermedad por reflujo gastroesofágico erosivo y no erosivo Hospital Vicente Corral Morúa, marzo 2018 - Abril 2019	
Nombre del estudiante: Kelly Soraida Medina Jara	
Nombre del responsable de la calificación	
Director:	Dr. Luis Gabriel Tigsí
Asesor:	Leda. Carmen Prieto

PROCESO	EVALUACIÓN				
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación	
				Aprobado	reprobado
Estructura de tesis	/			/	
Redacción Científica	/			/	
Pensamiento crítico	/			/	
Marco teórico	/			/	
Anexos	/			/	

* Marcar con una x lo que corresponda

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	/
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
 COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO
 Unidad Académica de Salud y Bienestar
 Dra. Rana Ortiz, Mgs.
 SUBDIRECTORA CARRERA MEDICINA

Firma y sello del Director o Representante de Dirección de la Carrera de Medicina


 Firma de aceptación del estudiante

ANEXO N°11: INFORME DE FINAL DE INVESTIGACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA
UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TESIS"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación tesis, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director de tesis.

Informe: La alumna MEDINA JARA KERLY SORAIDA ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación de la tesis titulada: PREVALENCIA, CARACTERIZACION DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018-ABRIL 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: DR. ARTURO CARPIO/ DRA. KARINA PUCHA

Director: DR. LUIS GABRIEL TIGSI/ **Asesor:** DRA. CAREM PRIETO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema de tesis y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su tesis.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

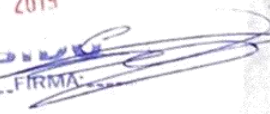
- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación de tema de tesis del alumno antes mencionado.

Atentamente,



Lcda. Carem Prieto M. Sc.
Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE



RECIBIDO
HORA: 14:30 FIRMA: 

ANEXO N°12: SOLICITUD PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS



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

UNIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Cuenca 29 de agosto de 2019

Sra. Mgs
Carem Prieto
RESPONSABLE (S) DE TITULACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UCACUE


Su despacho.

De mi consideración:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título: "PREVALENCIA, CARACTERIZACIÓN DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EROSIVO Y NO EROSIVO, HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MARZO 2018-ABRIL 2019". Realizado por la estudiante MEDINA JARA KERLY SORAIDA, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados motivo por el cual me permito sugerir se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,


~~Dr. Luis Gabriel Tigsi~~
STROEN-ERU-000
0105722422
SENECYT: 10071 31241771

Dr. Luis Gabriel Tigsi
Director del Trabajo de Titulación

Manual Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175
www.ucacue.edu.ec