

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**Frecuencia y factores asociados a recidiva de la
esofagitis por Reflujo Gastroesofágico en pacientes
diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología,
Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2012**

Presentado por el Bachiller en Medicina:

EDISON OCHOA MERMA

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de
Médico Cirujano

Arequipa - Perú

2013

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres, Leonidas y Luz Marina por darme la vida, amarme tanto, creer en mí y porque siempre me apoyaron. Gracias por darme una carrera para mi futuro, todo esto se lo debo a ustedes.

Mi hermano, Rafael, que me inspira a seguir a pesar de las dificultades, te quiero mucho

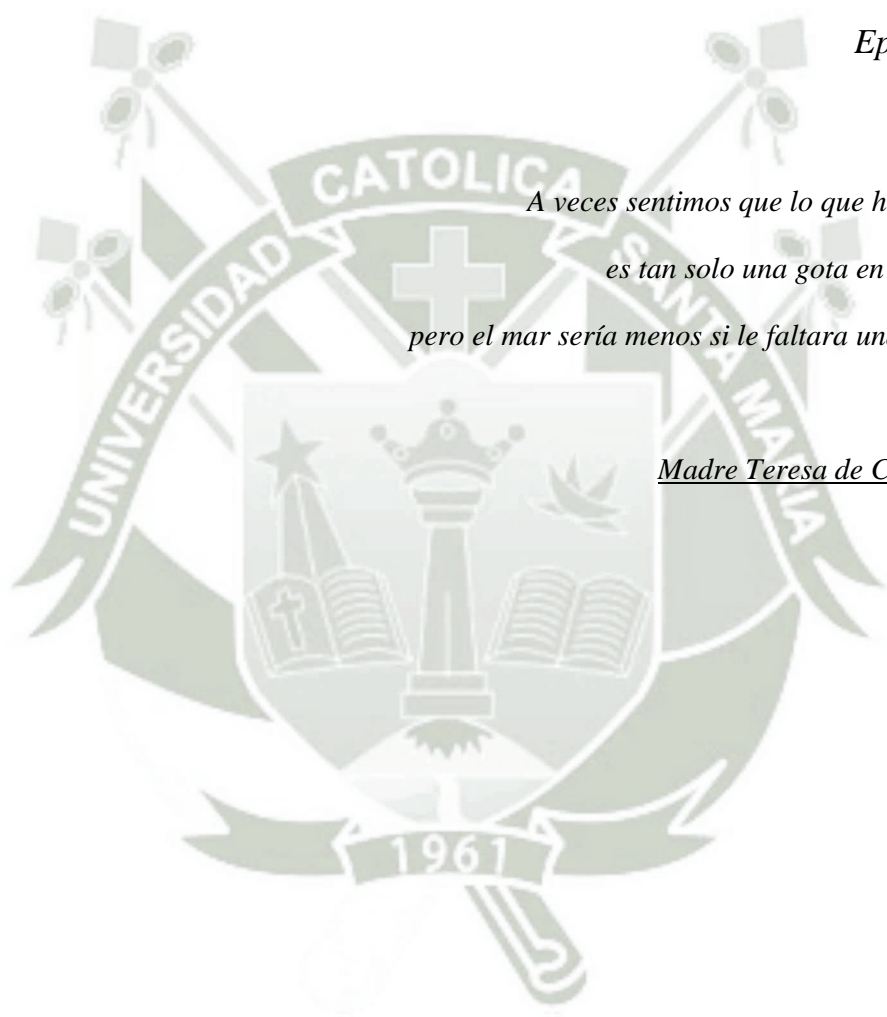
Al amor de mi vida Roxana Alexandra por estar siempre a mi lado y hacer mis días más felices y el trabajo menos duro, te amo

A todos mis amigos, por compartir los buenos y malos momentos.

Epígrafe

*A veces sentimos que lo que hacemos
es tan solo una gota en el mar,
pero el mar sería menos si le faltara una gota.*

Madre Teresa de Calcuta



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	7
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	28
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	34
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS	40
Anexo 1: Ficha de recolección de datos.....	41
Anexo 2: Proyecto de investigación.....	42

RESUMEN

Antecedente: La esofagitis por reflujo puede deberse a problemas anatómicos y funcionales que pueden predisponer a la recidiva, aumentando el riesgo de cambios degenerativos de la región cardial.

Objetivo: Establecer la frecuencia y los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2012.

Métodos: Revisión documentaria de historias clínicas de casos con esofagitis por reflujo que contaran con seguimiento endoscópico. Se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado y t de Student.

Resultados: Se encontró 54 casos, de los cuales 37,04% presentaron recidiva del reflujo. La edad promedio de pacientes con recidiva fue de 44,40 años, y sin recidiva de 57,06 años ($p < 0,01$). Hubo predominio de mujeres (60% con recidiva, 55,88% sin recidiva; $p > 0,05$). No hubo diferencia en la terapia prescrita ($p > 0,05$), con preferencia de Inhibidores de la Secreción Acida en 74,07%, Procinéticos en 35,19%, y una combinación de Antagonistas de Bomba H₂ y de Inhibidores de Secreción en 14,81%. Se produjo una reducción de síntomas, disminuyendo la pirosis de 90% a 70% en el grupo con recidiva, así como en los síntomas de regurgitación, dolor retro esternal o disfagia, aunque la reducción no fue significativa ($p > 0,05$). Se encontró ERGE en 45% con aspecto erosivo en el grupo con recidiva. El 75% de casos con recidiva no cumplieron el tratamiento, 40% consumieron alcohol, 15% fumaron, en las comorbilidades se encontró que el 85% de los pacientes presentaban gastritis, además se encontró diabetes y asma en un 5% de los casos.

Conclusión: La frecuencia de recidiva de esofagitis por reflujo es alta y no obedece de manera significativa estadísticamente a factores controlables por el paciente, sin embargo se observa una asociación no significativa a los malos hábitos (fumar, alcohol, dieta inadecuada, incumplimiento del tratamiento, Etc.)

PALABRAS CLAVE: reflujo gastroesofágico – gastritis – recidiva – tratamiento – factores.

ABSTRACT

Background: Reflux esophagitis may be due to anatomical and functional problems that may predispose to recurrence, increasing the risk of degenerative changes of the cardial region.

Objective: To determine the frequency and factors associated with recurrence of esophagitis in patients diagnosed at the Department of Gastroenterology at Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa 2012.

Methods: Review of documentary records of cases with reflux esophagitis which will have follow-up endoscopy. Groups were compared using chi square test and Student t test.

Results: We found 54 cases, of which 37.04% had recurrence of reflux. The average age of patients with recurrence was 44.40 years. There was a predominance of women (60% with recurrence). No difference in the prescribed therapy ($p > 0.05$), preferably acid secretion inhibitors in 74.07% prokinetic and a combination of antagonists pump inhibitors and H₂ secretion in 14.81%. There was a reduction in symptoms, heartburn decreasing from 90% to 70% in the group with recurrence, as well as symptoms of regurgitation, retrosternal pain or dysphagia, although the reduction was not significant ($p > 0.05$). There was a decrease of 45% of GERD with erosive appearance in the recurrence group with 26.47% in the control group ($0.10 > p > 0.05$). The appearance of the mucosa was significantly improved ($p < 0.05$) for patients without relapse, with normal aspect 45%. 75% of cases with recurrence did not meet the treatment compared, 40% consumed alcohol, smoked, or 15%, , the differences were not significant ($p > 0.05$). There was no difference in patient comorbidities.

Conclusion: The frequency of recurrence of reflux esophagitis is high and not significantly due to factors controllable by the patient, Nevertheless a not significant association is observed to the bad habits (to smoke, alcohol, inadequate diet, breach of the treatment, Etc.)

KEY WORDS: Gastroesophageal reflux - relapse - treatment - factors.

INTRODUCCIÓN

La esofagitis por reflujo gastroesofágico es una patología inflamatoria de la zona distal del esófago que se presenta con frecuencia creciente en nuestro medio, con dificultades para establecer su exacta frecuencia a nivel poblacional, en parte debido a su espectro clínico de síntomas diversos que pueden ser confundidos con otras patologías y, a que muchos pacientes se auto medican.

Las manifestaciones clínicas del reflujo gastroesofágico son diversas, pero aproximadamente en la mitad de pacientes la mucosa esofágica muestra cambios inflamatorios visibles a la endoscopia, en un amplio espectro que se extiende desde lesiones de esofagitis leve hasta ulceración, estenosis y Metaplasia (esófago de Barrett) (3). No existe relación entre la presencia e intensidad de la sintomatología y la existencia de lesiones esofágicas (2). Por otra parte, la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico puede manifestarse de forma atípica con un síndrome clínico que por sus características no parece tener origen en el esófago (dolor torácico episódico, laringitis péptica, asma bronquial, etc.), llamados también síntomas extra esofágicos (3). Entonces la esofagitis que sigue su curso natural puede terminar en una patología crónica y en cáncer esofágico (2). Por lo tanto es importante conocer la frecuencia de esta patología y la de su recidiva, que puede revelar una incapacidad para corregir los trastornos fisiológicos motores subyacentes a esta patología y que pueden llevar a la evolución crónica.

Durante el curso de mis estudios en medicina, he podido observar y experimentar directamente los síntomas de esta patología, y esto motivó el interés por su estudio; sin embargo, llama la atención la escasez de estudios locales acerca de esta patología.

Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar la frecuencia de recidiva clínica de esta patología y los factores asociados a ella, con lo que se podrá instaurar en un futuro cercano medidas preventivas para evitar su progresión a patologías crónicas de manejo más complicado.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió es una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- PC, LAPTOP Intel Celeron Inside TM
- Software de procesamiento de textos y base de datos: Sistema operativo Windows 2007, Procesador de texto Word Vista

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica en el periodo comprendido entre el 01 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre 2012.

2.3. **Unidades de estudio:** Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esofagitis

por reflujo Gastroesofágico.

Población: Totalidad de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esofagitis por reflujo Gastroesofágico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: Todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo Gastroesofágico que cuenten con endoscopia de seguimiento en el Servicio de Gastroenterología en el periodo de estudio, divididos en dos grupos: **grupo casos:** aquellos con recidiva, definida por reaparición de síntomas luego de 2 meses de tratamiento, o como reaparición de hallazgos en la endoscopia, y **grupo control,** constituido por aquellos que hayan presentado curación, definida por ausencia de síntomas y de hallazgos en la endoscopia. Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Pacientes con diagnóstico clínico de ERGE y Tratamiento
 - Con endoscopia digestiva alta de seguimiento.
- **Criterios de Exclusión**
 - Registros incompletos o extraviados.
 - Patología tumoral del esófago
 - Otros tipos de esofagitis, como esofagitis cáustica o esofagitis infecciosa.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental.
4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo
5. **Estrategia de Recolección de datos**

5.1. Organización

Se realizaron las coordinaciones con la dirección del Hospital y la jefatura del Servicio de Gastroenterología para obtener la autorización para acceder a los datos.

Se aplicó la ficha de recolección de datos (Anexo 1) para obtener información de todos los casos que cumplieron los criterios de selección.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) A nivel de recolección

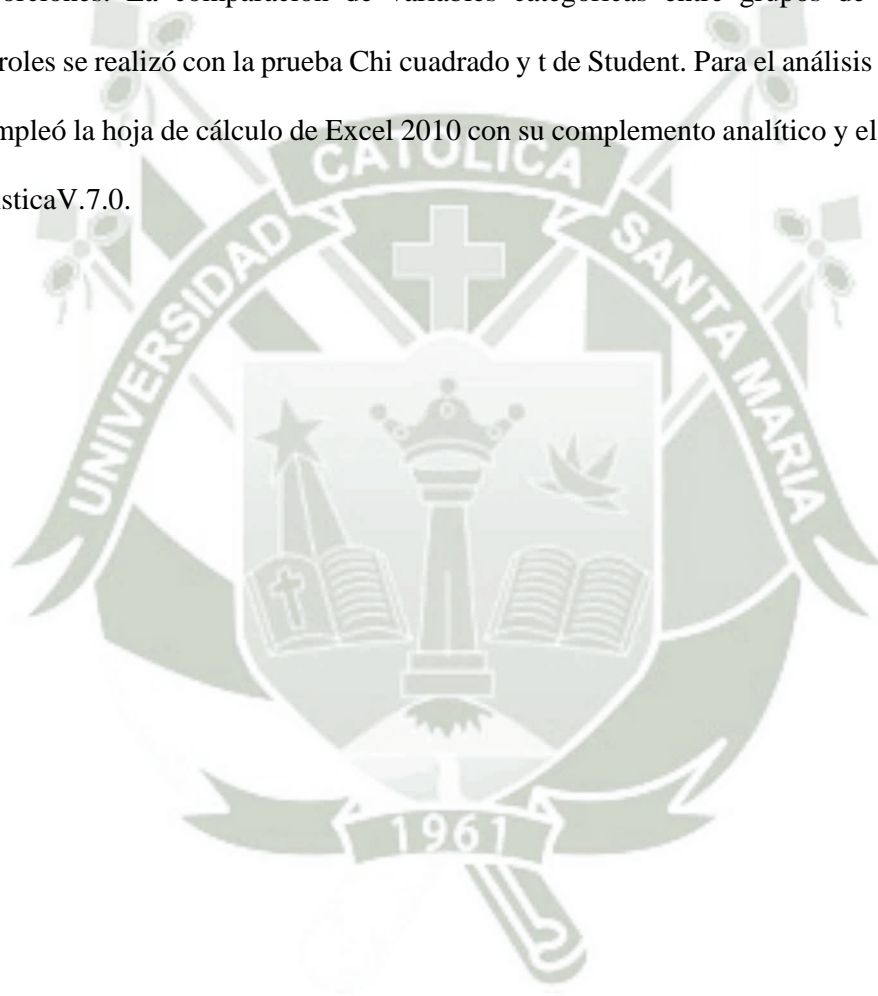
Las encuestas se manejaron asignando un código a cada variable en la ficha de recolección de datos.

b) A nivel de sistematización

La información obtenida fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente exportada al paquete estadístico SPSSv.19 para su análisis correspondiente.

c) A nivel de estudio de datos

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos de casos y controles se realizó con la prueba Chi cuadrado y t de Student. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete StatisticaV.7.0.





FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 1

Distribución de pacientes según sexo y recidiva

Sexo	Con recidiva	
	N°	%
Varones	8	40,00%
Mujeres	12	60,00%
Total	20	100,00%

$\chi^2 = 0,09$

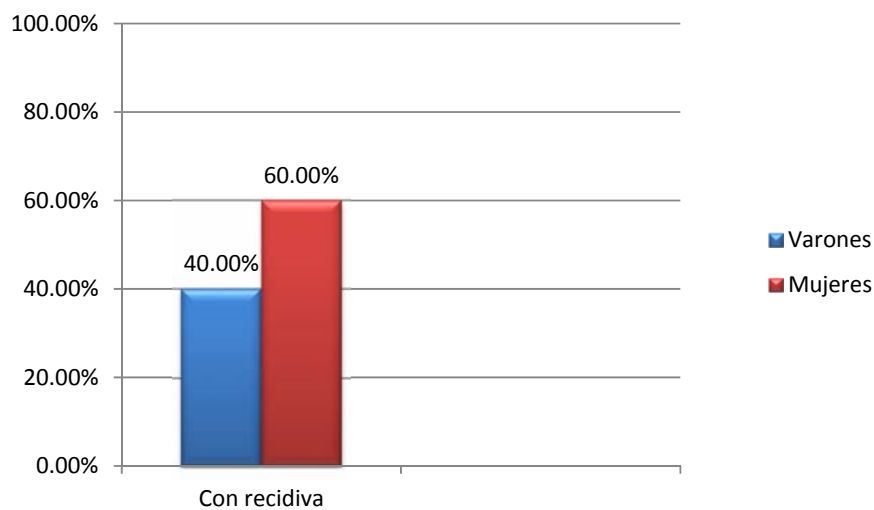
G. libertad = 1 $p = 0,77$

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los pacientes con recidiva según sexo; hubo una proporción similar de varones y mujeres afectados en ambos grupos

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012**

Gráfico 1

Distribución de pacientes según sexo y recidiva



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012**

Tabla 2

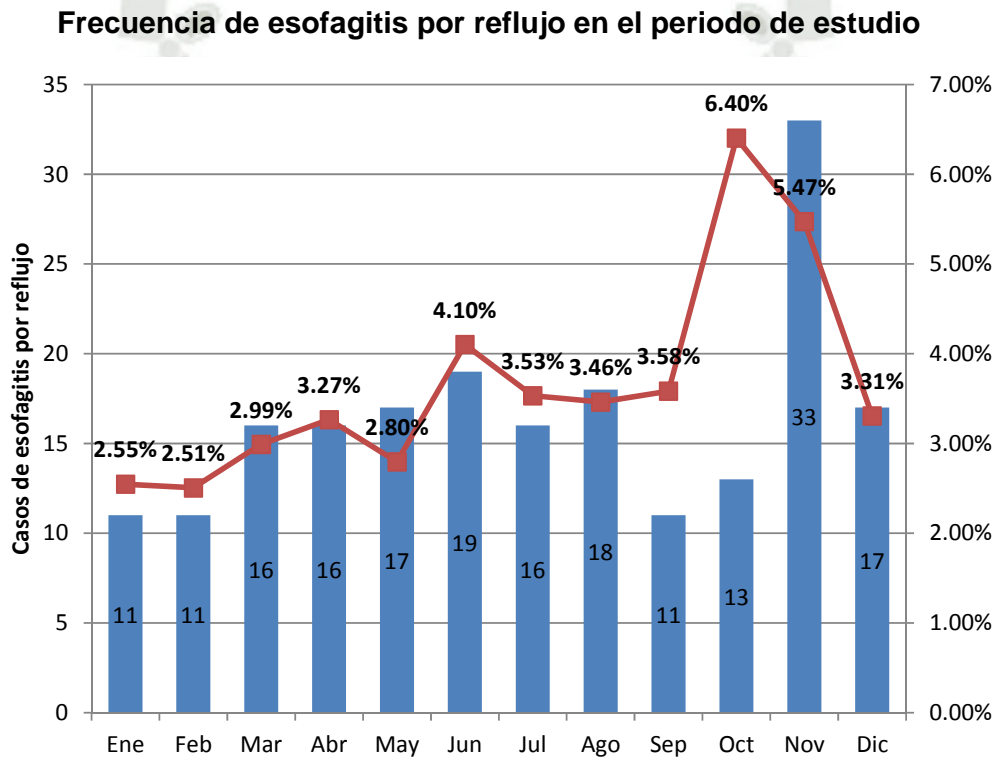
Frecuencia de esofagitis por reflujo en el periodo de estudio

Mes	Total procedimientos	Esofagitis refl	%
Ene	432	11	2,55%
Feb	439	11	2,51%
Mar	535	16	2,99%
Abr	490	16	3,27%
May	608	17	2,80%
Jun	463	19	4,10%
Jul	453	16	3,53%
Ago	520	18	3,46%
Sep	307	11	3,58%
Oct	203	13	6,40%
Nov	603	33	5,47%
Dic	514	17	3,31%
Total	5567	198	3,56%

La **Tabla y Gráfico 2** muestra la frecuencia anual de casos de esofagitis por reflujo del total de pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del HRHDE; del total de 5567 pacientes, 198 correspondieron a esofagitis por reflujo que es el 3.56%, con una tendencia creciente de casos diagnosticados a medida que transcurre el año

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 2



**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012**

Tabla 3

Frecuencia de recidiva en pacientes con esofagitis por reflujo

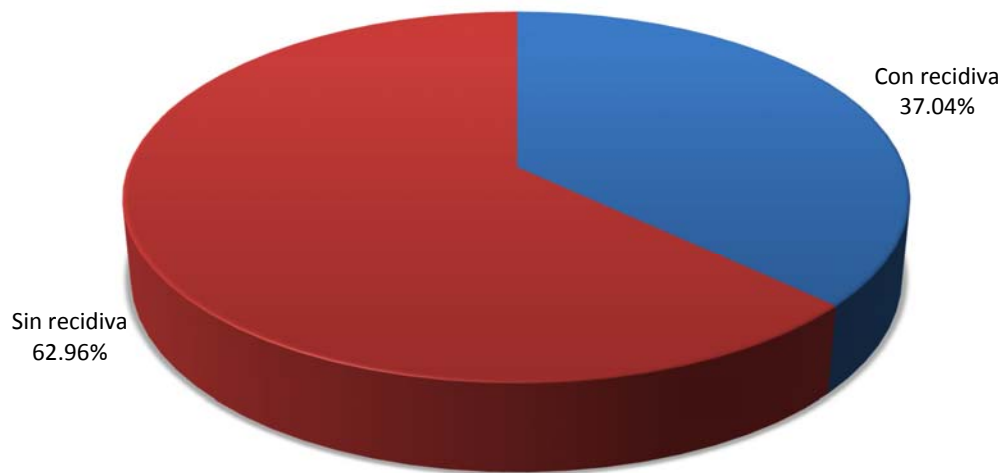
	N°	%
Con recidiva	20	37,04%
Sin recidiva	34	62,96%
Total	54	100,00%

Entre los casos con esofagitis por reflujo que cumplieron los criterios de selección, se encontró 54 casos, de los cuales 37,04% presentaron recidiva del reflujo durante el seguimiento y 62,96% no, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012**

Gráfico 3

Frecuencia de recidiva en pacientes con esofagitis por reflujo



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 4

Distribución de pacientes según recidiva y edad

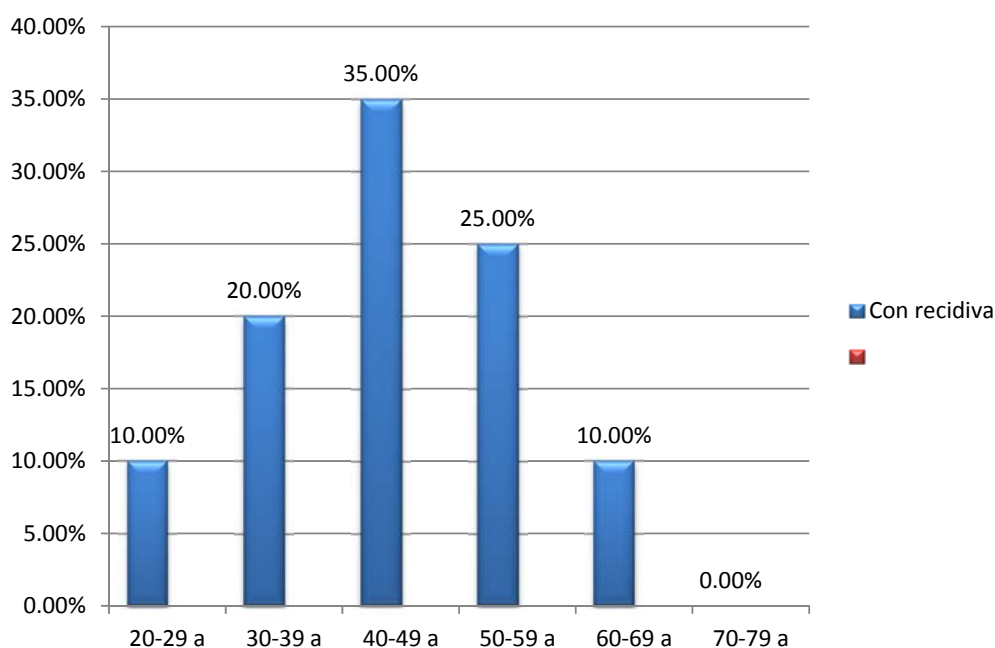
Edad	Con recidiva	
	N°	%
20-29 a	2	10,00%
30-39 a	4	20,00%
40-49 a	7	35,00%
50-59 a	5	25,00%
60-69 a	2	10,00%
70-79 a	0	0,00%
Total	20	100,00%

En la **Tabla y Gráfico 4** se observa la distribución de la edad de los pacientes según la presencia de recidiva; el 35% de pacientes con recidiva tuvieron entre 40 y 49 años de edad, la edad promedio de los pacientes con recidiva fue de 44,40 años, diferencia significativa ($p < 0,01$)

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 4

Distribución de pacientes según recidiva y edad



Edad promedio \pm D. est (Mín – Máx)

- Con Recidiva: 44,40 \pm 11,80 años (21-66 años)

Prueba t = -3,31

G. libertad = 52

p < 0,01

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 5

Distribución de pacientes según recidiva y tratamiento prescrito

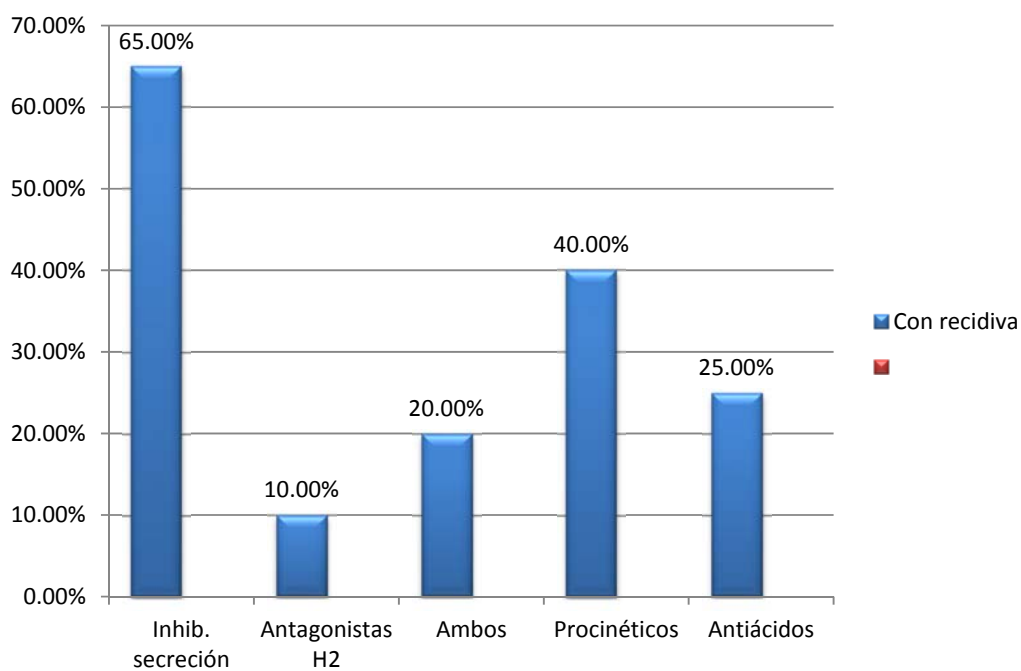
Tratamiento	Con recidiva	
	N°	%
Inhib. secreción	13	65,00%
Antagonistas H2	2	10,00%
Ambos	4	20,00%
Procinéticos	8	40,00%
Antiácidos	5	25,00%

La **Tabla y Gráfico 5** muestra el tratamiento indicado en los pacientes; no hubo diferencia significativa en la terapia prescrita ($p > 0,05$), con preferencia de la indicación de inhibidores de la secreción ácida como pantoprazol y similares, en 65% del total de casos, seguido de procinéticos como metoclopramida en 40%, una combinación de antagonistas de bomba H2 y de inhibidores de secreción en 20%, y antiácidos de acción local en 25%, y antagonistas H2 en el 10% de los casos

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 5

Distribución de pacientes según recidiva y tratamiento prescrito



$\chi^2 = 4,89$

G. libertad = 4 $p = 0,30$

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 6

Distribución de pacientes según recidiva y síntomas pretratamiento

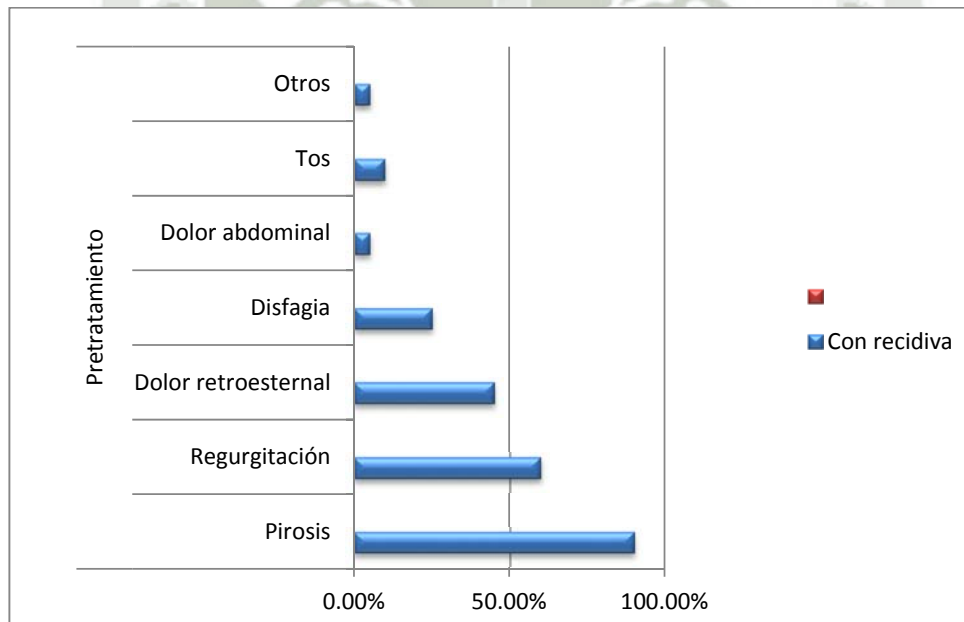
Momento	Síntomas	Con recidiva	
		N°	%
Pretratamiento	Pirosis	18	90,00%
	Regurgitación	12	60,00%
	Dolor retroest.	9	45,00%
	Disfagia	5	25,00%
	Dolor abdom.	1	5,00%
	Tos	2	10,00%
	Otros	1	5,00%

En la **Tabla y Gráfico 6** se observa que el síntoma principal es la pirosis en 90%, seguido de la regurgitación con un 60%, y en tercer lugar el dolor retroesternal con 45% seguido de la disfagia

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 6

Distribución de pacientes según recidiva y síntomas pretratamiento



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 7

Distribución de pacientes según recidiva y síntomas pos tratamiento

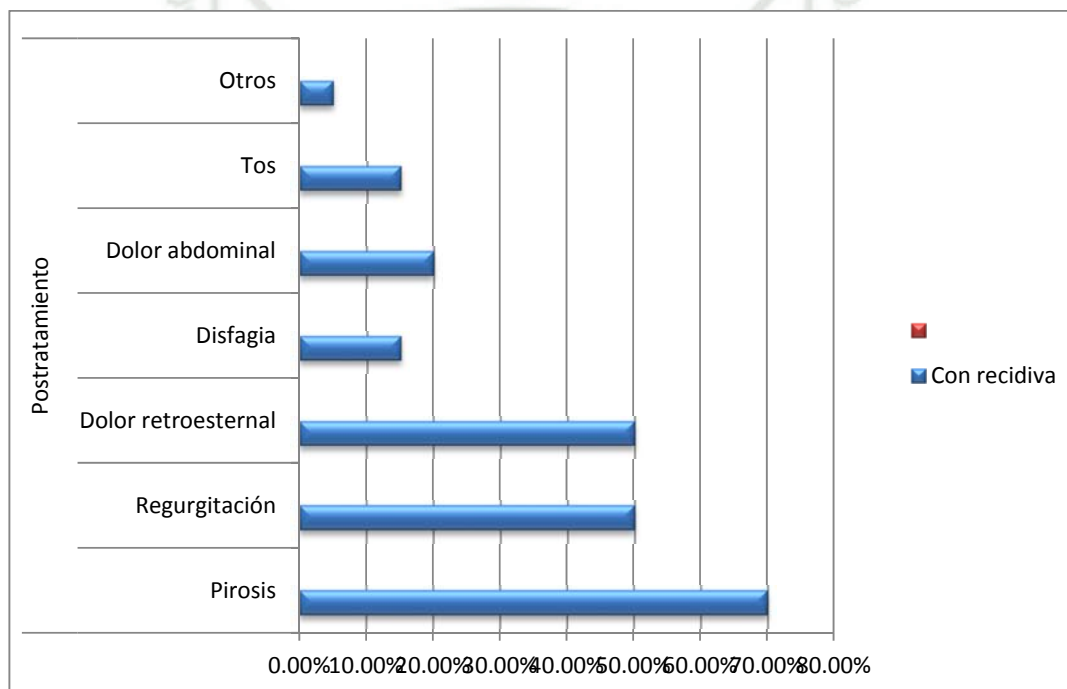
Momento	Síntomas	Con recidiva	
		N°	%
Postratamiento	Pirosis	14	70,00%
	Regurgitación	10	50,00%
	Dolor retroest.	10	50,00%
	Disfagia	3	15,00%
	Dolor abdom.	4	20,00%
	Tos	3	15,00%
	Otros	1	5,00%

En la **Tabla y Gráfico 7** se produjo una reducción de los síntomas con el tratamiento, disminuyendo la pirosis de 90% a 70% en el grupo con recidiva, así como en los síntomas de regurgitación y dolor retroesternal o disfagia. Sin embargo, las modificaciones fueron no significativas ($p > 0,05$)

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 7

Distribución de pacientes según recidiva y síntomas pos tratamiento



Chi² con recidiva: = 3,14 G. libertad = 6

p = 0,79

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 8

Distribución de pacientes según recidiva y hallazgos endoscópicos

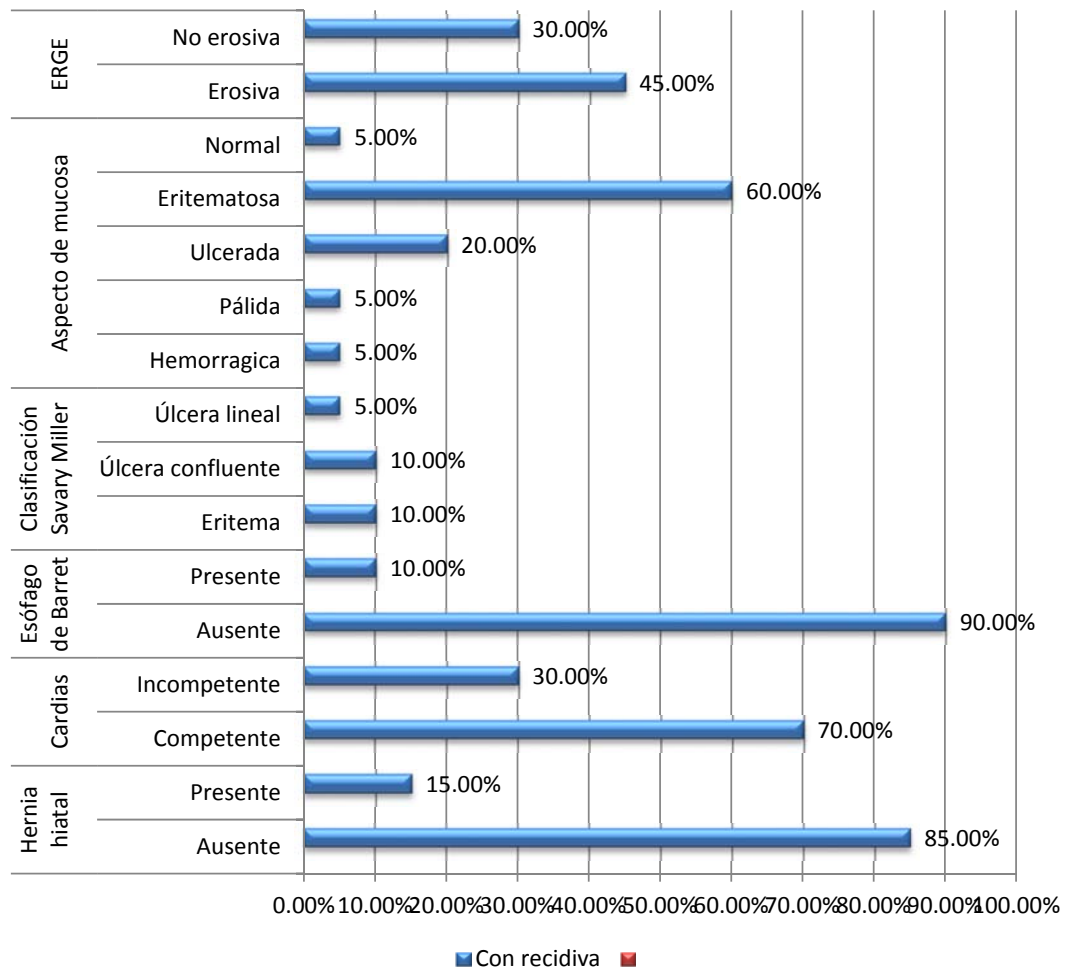
		Con recidiva		Chi ² (p)
		N°	%	
ERGE	No erosiva	6	30,00%	3,11 (0,08)
	Erosiva	9	45,00%	
Aspecto de mucosa	Normal	1	5,00%	22,32 (0,00)
	Eritematosa	12	60,00%	
	Ulcerada	4	20,00%	
	Pálida	1	5,00%	
	Hemorrágica	1	5,00%	
Clasificación Savary Miller	Úlcera lineal	1	5,00%	4,41 (0,11)
	Úlcera confl.	2	10,00%	
	Eritema	2	10,00%	
Esófago de Barret	Presente	2	10,00%	0,31 (0,58)
	Ausente	18	90,00%	
Cardias	Incompetente	6	30,00%	0,08 (0,78)
	Competente	14	70,00%	
Hernia hiatal	Presente	3	15,00%	0,00 (0,98)
	Ausente	17	85,00%	
Total		20	100,00%	

La **Tabla y Gráfico 8** muestran la presencia de hallazgos en la endoscopia de control: encontrándose ERGE erosiva en el 45% de los casos, en cuanto al aspecto de la mucosa se observa que el grupo de mayor porcentaje es el de mucosa eritematosa, seguido de mucosa ulcerada, encontramos esófago de Barret en 10% de los casos.

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012**

Gráfico 8

Distribución de pacientes según recidiva y hallazgos endoscópicos



FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 9

Distribución de pacientes según recidiva y hábitos

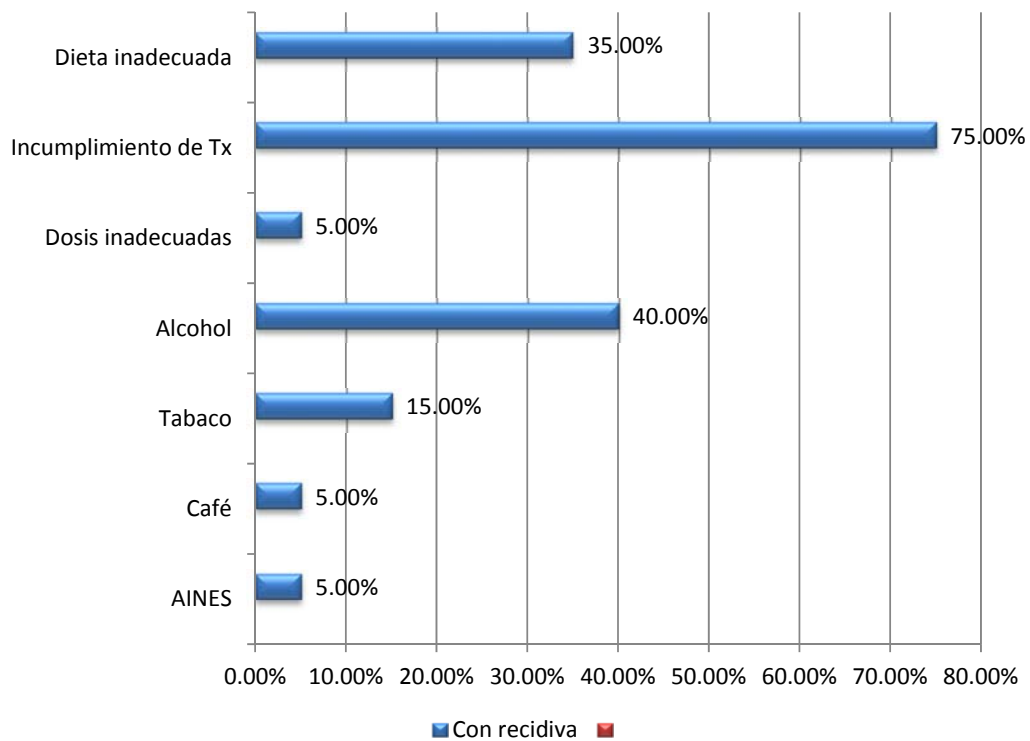
Factores	Con recidiva	
	N°	%
Dieta inadec.	7	35,00%
Incumplim. de Tx	15	75,00%
Dosis inadecuada	1	5,00%
Alcohol	8	40,00%
Tabaco	3	15,00%
Café	1	5,00%
AINES	1	5,00%

La **Tabla y Gráfico 9** analizan los posibles factores relacionados a la recidiva en los casos estudiados; se encontró que la mayor frecuencia se daba en el incumplimiento de tratamiento, o consumo de alcohol y tabaco, seguido de los malos hábitos, como la dieta inadecuada

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 9

Distribución de pacientes según recidiva y hábitos



$\text{Chi}^2 = 9,18$

G. libertad = 6

$p = 0,16$

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Tabla 10

Distribución de pacientes según recidiva y comorbilidades

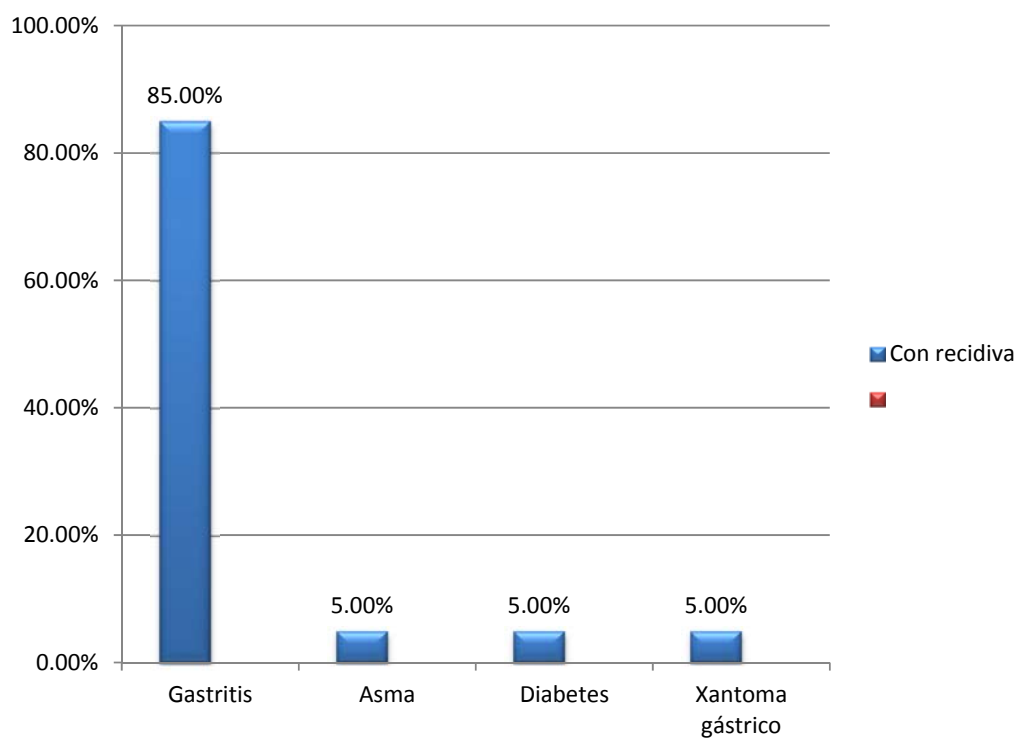
Comorbilidades	Con recidiva	
	N°	%
Gastritis	17	85,00%
Asma	1	5,00%
Diabetes	1	5,00%
Xantoma gástrico	1	5,00%

En la **Tabla y Gráfico 10** se ve que la presencia de comorbilidades entre los pacientes con recidiva es liderada por la gastritis en el 85% de los casos, seguida del asma en 5% de los casos y de la diabetes en similar cantidad de casos

FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A RECIDIVA DE LA ESOFAGITIS POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA, HRHD, AREQUIPA 2012

Gráfico 10

Distribución de pacientes según recidiva y comorbilidades



$\chi^2 = 2,54$

G. libertad = 3

$p = 0,47$



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer la frecuencia y los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2012. Se realizó la presente investigación debido a que durante el curso de mis estudios en medicina, he podido observar y experimentar directamente los síntomas de esta patología, y esto motivó el interés por su estudio.

Para tal fin se realizó una revisión documentaria de las historias clínicas de casos con diagnóstico de esofagitis atendidos en el periodo de estudio, para seleccionar aquellos pacientes con recidiva (casos) y sin recidiva (controles). Se comparan factores mediante prueba chi cuadrado y t de Student.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los pacientes con recidiva según sexo; hubo una proporción similar de varones y mujeres afectados en este grupo, con predominio de mujeres (60% con recidiva). En el estudio de LLANCAY Y ALBITES se afectaron de forma similar mujeres y hombres ⁵; CASTELO VEGA informa un predominio de hombres con 65% de los casos ⁹; mientras que PRADO MALABRIGO informa que el 63.4% son del sexo masculino ²⁰

La **Tabla y Gráfico 2** muestra la frecuencia anual de casos de esofagitis por reflujo del total de pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del HRHDE; del total de 5567 pacientes, 198 correspondieron a esofagitis por reflujo que

es el 3.56%, con una tendencia creciente de casos diagnosticados a medida que transcurre el año, alcanzando un pico en el mes de Octubre con 6.40% de los casos de ese mes.

Entre los casos con esofagitis por reflujo que cumplieron los criterios de selección, que incluyó seguimiento y control endoscópico, se encontró 54 casos, de los cuales 37,04% presentaron recidiva del reflujo durante el seguimiento y 62,96% no, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**.

En la **Tabla y Gráfico 4** se observa la distribución de la edad de los pacientes según la presencia de recidiva; el 35% de pacientes con recidiva tuvieron entre 40 y 49 años de edad, y el 25% del porcentaje fue de aquellos pacientes con edad comprendida entre los 50 y 59 años, la edad promedio de los pacientes con recidiva fue de 44,40 años,. LLANCAY Y ALBITES informa en su estudio la mayoría de pacientes con ERGE tenía entre 50 y 59 años ⁵; mientras que CASTELO VEGA informa una edad promedio de 51,64 años de pacientes con diagnóstico de ERGE ⁹; PRADO MALABRIGO informa que en su estudio el 31% de los pacientes con ERGE tenían edades entre 51 y 60 años ²⁰

La **Tabla y Gráfico 5** muestra el tratamiento indicado en los pacientes; no hubo diferencia significativa en la terapia prescrita ($p > 0,05$), con preferencia de la indicación de inhibidores de la secreción ácida como pantoprazol y similares, en 65% del total de casos, seguido de procinéticos como metoclopramida en 40%, una combinación de antagonistas de bomba H₂ y de inhibidores de secreción en 20%, y antiácidos de acción local en 25%, sólo se usó antagonistas de la secreción ácida en forma aislada en 10% de casos.

La modificación de los síntomas con el tratamiento se muestra en la **Tabla y Gráfico 6 y 7**; se produjo una reducción de los síntomas con el tratamiento, disminuyendo la pirosis de 90% a 70% en el grupo con recidiva, así como en los síntomas de regurgitación de 60% a 50% y lo mismo se observa en los otros síntomas como dolor retroesternal o disfagia. Sin embargo, las modificaciones fueron no significativas ($p > 0,05$). LLANCAY Y ALBITES en su estudio encontró que el síntoma principal fue la pirosis 5; mientras que CASTELO VEGA informa que el síntoma principal en su grupo de estudio fue la dispepsia con 84.18%, seguidos de pirosis con 44%, y regurgitación con 30% y los síntomas extra digestivos fueron infrecuentes con 9% 9; PRADO MALABRIGO informa que el 57.7% de sus casos presentan como síntoma más frecuente la pirosis, el 31.1% presentan regurgitación 20.

La **Tabla y Gráfico 8** muestran la presencia de hallazgos en la endoscopía de control en este grupo de pacientes: se encontró que el 45% de los casos observados presentaban o se agrupaban dentro del grupo de aspecto erosivo. En cuanto al aspecto de la mucosa se observa que el grupo con mayor preponderancia fue el de aspecto eritematoso con 60% de los casos, seguido de aspecto de mucosa ulcerada con el 20% de los casos, mientras que los otros tipos de aspecto se dieron en menor porcentaje no superando el 5% de los casos cada uno; fueron pocos los casos que reportaron la clasificación de Savary Miller en los informes endoscópicos, por lo que no es posible afirmar que las diferencias encontradas fueron significativas o no. en cuanto a la presencia de esófago de Barret, se encontró en 10% de casos con recidiva, LLANCAY Y ALBITES informa en su estudio que los hallazgos endoscópicos fueron cuadros no erosivos en dos tercios, mucosa de aspecto normal en un tercio, eritema y esófago de Barret en 26% de casos. Entre los cuadros erosivos predominaron las erosiones, con

13% de úlceras, y que encontró adenocarcinoma en 8,7% de casos ⁵; CASTELO VEGA informa en su estudio que hay una asociación estadística importante entre ERGE y Hernia Hiatal en el 32% de los casos ($p < 0,05$) ⁹; PRADO MALABRIGO informa que en su estudio el 53,2% presentan una mucosa erosiva, el 6% presenta esófago de Barret, y que el 66.2% de pacientes con ERGE presentan un cardias incompetente y que el 63.4% presenta Hernia Hiatal, y 5.7% presentan displasia ²⁰.

La **Tabla y Gráfico 9** analizan los posibles factores relacionados a la recidiva en los casos estudiados; se encontró que la mayoría de pacientes incumplieron el tratamiento con un total de casos del 75%, seguido del consumo de alcohol en el que se observa un porcentaje del 40%, en tercer lugar se encuentra la dieta inadecuada con el 35% de los casos, seguida del consumo de tabaco con el 15% de los casos. CASTELO VEGA informa en su estudio que encontró una asociación estadística significativa entre pacientes con diagnóstico de ERGE y factores de riesgo como consumo de AINES, café y obesidad y una asociación matemática con el consumo de alcohol ⁹; PRADO MALABRIGO informa que el 36.6% de las personas incluidas en su estudio con diagnóstico de ERGE tienen relación directa con los hábitos nocivos siendo los principales alcohol y fumar ²⁰.

En la **Tabla y Gráfico 10** se ve que la presencia de comorbilidades entre los pacientes con recidiva, se observa que el 85% de pacientes con recidiva son portadores de gastritis; además hubo 5% de pacientes diabéticos en el grupo con recidiva y también se encontró pacientes asmáticos en similar cantidad con 5% de casos, entre otras. Las diferencias tampoco fueron significativas ($p > 0,05$).



CONCLUSIONES

Primera. La frecuencia de recidiva de esofagitis por reflujo Gastroesofágico fue de 37,04% en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el 2012.

Segunda. Aunque los síntomas de la esofagitis recidivante fueron similares al estado previo en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el 2012, mostraron mejoría, y en la endoscopia se observó una mejoría significativa del aspecto de la mucosa esofágica y una reducción importante de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Tercera.- Aunque el incumplimiento del tratamiento y el consumo de alcohol se dieron con más frecuencia en casos de recidiva de esofagitis por reflujo gastroesofágico en los pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del HRHDE, no fueron estadísticamente significativos

SUGERENCIAS

- 1) Se sugiere al personal médico y especialistas que al momento de realizar endoscopias se siga un protocolo uniforme y bien establecido que incluya clasificaciones importantes como la de Savary Miller para un mejor estudio y seguimiento de los pacientes, así como el adecuado llenado de las historias clínicas
- 2) Se sugiere a la Universidad Católica de Santa María que en futuros trabajos de investigación se profundice mas en el tema y si es posible ampliar la cantidad de casos estudiados
- 3) Se sugiere capacitación al personal médico para identificar los síntomas más emblemáticos en esta patología para poder tratarla a tiempo y adecuadamente, y reconocer posibles malos hábitos que condicionen futuras recidivas
- 4) Se sugiere informar a las autoridades del MINSA sobre los hallazgos descritos para que puedan tomar medidas para difundir entre el personal médico y reforzar los conocimientos y las pautas a seguir respecto a esta entidad clínica

BIBLIOGRAFÍA

- 1) “DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS”- Sociedad Chilena de Gastroenterología 2002: 63-72
- 2) “DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN PATOLOGÍA DIGESTIVA”. Sociedad Española de Patología Digestiva .La Coruña, 31 de Diciembre de 2002. : 453-469
- 3) “SABISTON- TRATADO DE CIRUGÍA. FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA MODERNA”. cap. 40 : 1151-1168
- 4) “PRINCIPIOS DE CIRUGIA– SCHWARTZ-” : 8va edición : 835-933
- 5) LLANCAYALBITESM.14Características endoscópicas e histopatológicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, Hospital Goyeneche, 2008 a 2009. Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010.
- 6) PIQUÉ J, KULICH K y cols15Repercusión de la enfermedad en pacientes con reflujo gastroesofágico. Evidencia de un estudio metodológico reciente en España.GastroenterolHepatol 2004;27(5):300-6
- 7) MONTORO, M. A. y ALCEDO, J..2 Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev. esp. enferm. Dig. 2004, vol.96, n.5:353-353 .
- 8) EL-SERAGHB. 3Time trends of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. ClinGastroenterolHepatol. Jan 2007;5(1):17-26.

- 9) CASTELO VEGA, Jean Marcel, OLIVERA HERMOZA, Rogers, PAUCARSOTOMAYOR,5 Héctor et al. Reflujo Gastroesofágico: Características Clínicas y Endoscópicas, y factores de riesgo asociados. Rev. gastroenterol. Perú, ene./mar. 2003, vol.23, no.1, p.41-48.
- 10) HERBELLA FA, SWEET MP, TEDESCO P, NIPOMNICK I, PATTI MG.7Gastroesophageal reflux disease and obesity. Pathophysiology and implications for treatment. J Gastrointest Surg. Mar 2007;11(3):286-90.
- 11) MERROUCHE M, SABATEJM, JOUETP,8 et al. Gastro-esophageal reflux and esophageal motility disorders in morbidly obese patients before and after bariatric surgery. Obes Surg. Jul 2007;17(7):894-900.
- 12) PANDOLFINO JE, EL-SERAG HB, ZHANG Q,9 et al. Obesity: a challenge to esophagogastric junction integrity. Gastroenterology. Mar 2006;130(3):639-49.
- 13) GRANT AM, WILEMAN SM, RAMSAY CR10 et al. Minimal access surgery compared with medical management for chronic gastro-oesophageal reflux disease: UK collaborative randomised trial. BMJ. Dec 15 2008;337:a2664.
- 14) DALLEMAGNE B, WEERTS J, MARKIEWICZ11 S et al. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. SurgEndosc. Jan 2006;20(1):159-65.
- 15) PESSAUX P, ARNAUD JP, DELATTREJF12 et al. Laparoscopic antireflux surgery: five-year results and beyond in 1340 patients. Arch Surg. Oct 2005;140(10):946-51.

- 16) ZANINOTTO G, PORTALE G, COSTANTINIM13et al. Long-term results (6-10 years) of laparoscopic fundoplication. J Gastrointest Surg. Sep 2007;11(9):1138-45.
- 17) FISICHELLA PM, PATTI MG. 1 Gastroesophageal Reflux Disease. eMedicine Specialties > Gastroenterology > Esophagus. Updated: Apr 28, 2009. <http://emedicine.medscape.com/article/176595-overview>
- 18) NERVIF. 4 Enfermedades por Reflujo Gastroesofágico. http://escuela.med.puc.cl/paginas/Cursos/cuarto/Integrado4/Gastro4/Ap_Gastro_05.html
- 19) ARIN A, IGLESIAS M. 6 Enfermedad por reflujo gastroesofágico. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n2/revis2a.html>
- 20) PRADO MALABRIGO. Diagnóstico Clínico, Endoscópico y Anatomopatológico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2008-2009 http://biblioteca.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2010/prado_mj/html/index-frames.html&codtesis=70.1289.M



Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Nombre: _____ Edad: _____ Años Sexo: Varón Mujer

Peso: _____ kg Estatura: _____ m² IMC: _____

Grupo de estudio

Con recidiva clínica o endoscópica Sin recidiva

Tratamiento recibido:

Antisecretor: inhibidor bomba anti-H2 _____

Procinéticos: _____

Antiácidos _____

Síntomas basales

Pirois Dolor retroesternal Tos Regurgitación Disfagia

Otros : _____

Síntomas actuales

Pirois Dolor retroesternal Tos Regurgitación Disfagia

Otros : _____

Hallazgos endoscópicos actuales

Tipo de ERGE: Erosiva No erosiva

Características de la mucosa: Normal Eritematosa Pálida
Ulcerada Exudativa Hemorrágica

Clasificación Savary Miller Eritema Ulcera Lineal Ulcera Confluente
Estenosis

Biopsia: Esófago de Barret: Presente Ausente

Observaciones:
.....

Posibles factores recidivantes:

Tratamiento incumplido: SI NO

Dosis inadecuada de fármacos SI NO

Asociación de Fármacos SI NO

Nivel cultural

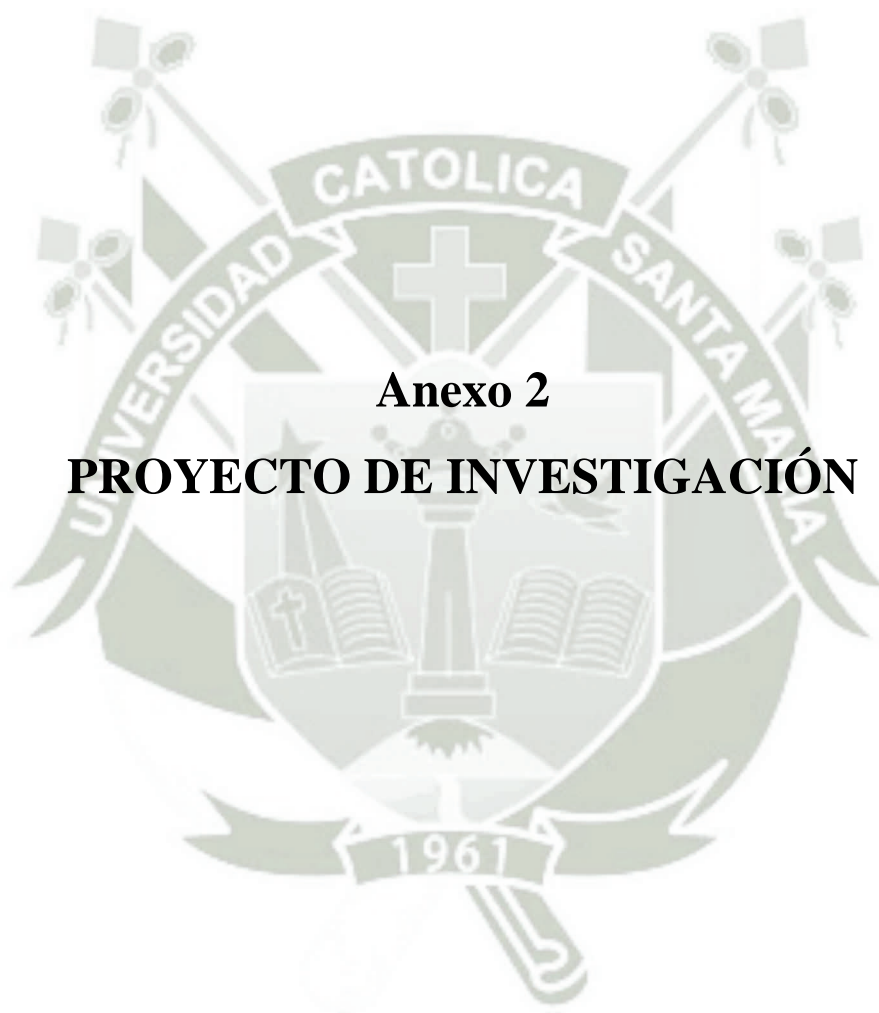
Hábitos tabaco alcohol dieta inadecuada

Otros

Antecedentes personales Diabetes Asma Hernia Hiatal

Cardias Competente Gastritis

Antecedentes quirúrgicos funduplicatura hernio plastia



Anexo 2

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDONOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



**“Frecuencia y factores asociados a recidiva de la
esofagitis por Reflujo Gastroesofágico en pacientes
diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología,
Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2012”**

Presentado por el Bachiller en Medicina:

EDISON OCHOA MERMA

Proyecto de Tesis para Optar el Título de
Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2012**

I. PREÁMBULO

La esofagitis por reflujo gastroesofágico es una patología inflamatoria de la zona distal del esófago que se presenta con frecuencia creciente en nuestro medio, con dificultades para establecer su exacta frecuencia a nivel poblacional, en parte debido a su espectro clínico de síntomas diversos que pueden ser confundidos con otras patologías y, a que muchos pacientes se auto medican.

Las manifestaciones clínicas del reflujo gastroesofágico son diversas, pero aproximadamente en la mitad de pacientes la mucosa esofágica muestra cambios inflamatorios visibles a la endoscopia, en un amplio espectro que se extiende desde lesiones de esofagitis leve hasta ulceración, estenosis y Metaplasia (esófago de Barrett) (3). No existe relación entre la presencia e intensidad de la sintomatología y la existencia de lesiones esofágicas (2). Por otra parte, la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico puede manifestarse de forma atípica con un síndrome clínico que por sus características no parece tener origen en el esófago (dolor torácico episódico, laringitis péptica, asma bronquial, etc.), llamados también síntomas extra esofágicos (3). Entonces la esofagitis que sigue su curso natural puede terminar en una patología crónica y en cáncer esofágico (2). Por lo tanto es importante conocer la frecuencia de esta patología y la de su recidiva, que puede revelar una incapacidad para corregir los trastornos fisiológicos motores subyacentes a esta patología y que pueden llevar a la evolución crónica.

Durante el curso de mis estudios en medicina, he podido observar y experimentar directamente los síntomas de esta patología, y esto motivó el interés por su estudio; sin embargo, llama la atención la escasez de estudios locales acerca de esta patología.

Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar la frecuencia de recidiva clínica de esta patología y los factores asociados a ella, con lo que se podrá instaurar

en un futuro cercano medidas preventivas para evitar su progresión a patologías crónicas de manejo más complicado.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el 2012?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gastroenterología, Cirugía abdominal
- Línea: Esofagitis por reflujo

b) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Valor o categoría	Tipo o Escala
Variable dependiente			
Recidiva de reflujo	Hallazgo de endoscopia	Presente / Ausente	Categórica nominal
Factores del tratamiento			
Tratamiento	Tipo de tratamiento	Antisecretores, procinéticos, antiácidos, etc.	Categórica nominal
Factores de la esofagitis			
Tipo de esofagitis	Presencia de erosiones	Erosiva / No erosiva	Categórica nominal
Síntomas	Manifestaciones del paciente	Pirosis, dolor retroesternal, Tos, regurgitación, disfagia, otras	Categórica nominal
Características de la mucosa, clasificación de Savary-Miller	Aspecto macroscópico	1) Eritema 2) Ulceración lineal 3) Ulceración confluyente 4) estenosis	Categórica nominal
Esófago de Barrett	Metaplasia escamocilíndrica	No / Sí	Categórica nominal
Factores del paciente			
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Numérica continua
Sexo	Caracteres sexuales	Varón / Mujer	Categórica nominal

c) Interrogantes básicas

- 1) ¿Cuál es la frecuencia de recidiva de esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el año 2012?
- 2) ¿Cuáles son las características de la esofagitis recidivante en los pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el año 2012?
- 3) ¿Cuáles son los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el año 2012?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio documental, de campo.

e) **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, retrospectivo.

1.3. Justificación del problema

El presente estudio está dirigido a establecer la frecuencia y los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa durante el 2012. La esofagitis por reflujo gastroesofágico es una patología frecuente que puede progresar a una

enfermedad crónica severa de no ser adecuadamente tratada, y no habiendo estudios relacionados a la recidiva y sus factores, constituye una investigación **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que pone en relevancia el mecanismo de cambios patológicos con la lesión crónica por ácido gástrico en el esófago, además tiene **relevancia práctica** que permitirá identificar factores asociados a la recidiva de una patología con tendencia a la cronicidad que permitirá su posterior prevención. Tiene **relevancia social**, ya que un gran sector de la población puede estar afectado por esta patología crónica.

El estudio es **contemporáneo** ya que la esofagitis por reflujo es un problema creciente por incrementarse algunos factores asociados al mismo como la obesidad y los cambios en la dieta.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño retrospectivo en el que se cuenta con registros detallados de los estudios endoscópicos realizados por el servicio.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la gastroenterología, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. Marco conceptual

ESOFAGITIS POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

2.1. Definición

El reflujo gastroesofágico es uno de los trastornos digestivos más prevalentes, en el cual se evidencia un trastorno de la motilidad debido a la incompetencia de las barreras de la unión gastroesofágica lo cual permite que la mucosa del esófago sea expuesta a la acción del contenido gástrico normal (1).

2.2. Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastro-esofágico

La Esofagitis por Reflujo Gastroesofágico es un trastorno predominantemente motor. La alteración funcional primaria, en la mayor parte de los pacientes, es una alteración de la regulación de la función del esfínter esofágico inferior (EEI).

El proceso fisiopatológico resulta de un desbalance entre los *factores defensivos* (integridad de la mucosa, peristalsis y función adecuada del EEI, producción de saliva) y los *factores ofensivos* (ácido, contenido duodenal, disminución de la eficacia de los mecanismos defensivos) (2). No hay correlación entre la intensidad de los síntomas y el daño de la mucosa (2).

La mayor parte de los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, a pesar de poseer una presión basal normal del EEI, tienen aumento en el número de periodos de relajación inapropiada del EEI (70-75% de los casos) con una duración mayor a 10 segundos (2). En una minoría de los pacientes (15 a 20%) el esfínter tiene efectivamente una presión muy baja e incompetente, lo normal es entre 10 y 30 mmHg. Este último grupo de pacientes a menudo tiene un daño importante de la mucosa acompañado de una esofagitis morfológica (2).

También juega un papel importante el *Aclaramiento esofágico*; ya que tras el episodio de reflujo, que se denomina tiempo de exposición ácida al período en el que la mucosa esofágica está expuesta a un pH por debajo de 4; el aclaramiento de este contenido ácido comienza con el vaciamiento del material refluido al esófago, completado con la neutralización, por parte de la saliva deglutida, del contenido ácido residual. Así, las dos principales causas de un alargamiento del tiempo de exposición ácido esofágico van a ser una motilidad esofágica ineficaz (MEI) y una deficiente función salivar. (2)

Sin embargo no se encuentran diferencias significativas en la función salivar de los pacientes con ERGE respecto a los controles. Por otro lado, hay que tener en cuenta que además del bicarbonato, la saliva contiene una serie de factores de crecimiento, como el factor de crecimiento epidérmico, que facilita la reparación mucosa. (4)

El cuerpo esofágico puede presentar también anormalidades funcionales. Hasta más o menos un 30% de los pacientes con reflujo gastroesofágico pueden tener una disminución o desaparición de la peristalsis en el tercio inferior del esófago. Este hallazgo se correlaciona también a un reflujo más importante y a una esofagitis erosiva. Alrededor de un 5% pueden tener incluso una aperistalsis completa en el tercio inferior del esófago (3).

Mecanismos de defensa del epitelio esofágico: Existen tres líneas de defensa: preepitelial, epitelial y postepitelial.

A nivel preepitelial existe una capa de moco y bicarbonato que crea un microambiente alcalino que se interpone entre el contenido ácido-péptico y el epitelio esofágico.

La defensa epitelial interviene cuando el contenido ácido consigue penetrar la barrera preepitelial. Esta defensa epitelial consta de elementos estructurales y funcionales. La defensa estructural está formada por una barrera de membranas celulares y uniones

intercelulares. Estas uniones intercelulares son responsables de la alta resistencia eléctrica del epitelio y forman junto con el estrato córneo de éste una barrera para la difusión del contenido ácido péptico en el epitelio. Por otro hay que considerar la capacidad de las células del estrato espinoso para migrar y reemplazar las células dañadas en capas más superficiales. El componente funcional de esta defensa está formado por una serie de buffers celulares e intercelulares y proteínas de transporte de membrana baso lateral. Estos sistemas son capaces de neutralizar el H^+ transportándolo desde el citoplasma hasta el espacio intercelular

Finalmente la defensa postepitelial está formada por el propio aporte sanguíneo del epitelio, imprescindible para mantener las barreras anteriores. Así, un adecuado aporte sanguíneo es esencial para regular el balance ácido base tisular (aportando bicarbonato al tejido para neutralizar el H^+), así como para aportar oxígeno y nutrientes para el metabolismo celular, crecimiento y reparación. (4)

Algunos pacientes con la enfermedad pueden también tener gastroparesia y mal vaciamiento gástrico (Esclerodermia). Aun cuando esta alteración epidemiológicamente parece ser poco significativa, hay algunas evidencias convincentes que demuestran una alteración motora duodeno-gástrica que favorece el reflujo de contenido duodenal en una proporción significativa de la población con reflujo. Esta área se encuentra en estudio. El contenido duodenal tiene altas concentraciones de sales biliares y liso fosfatidilcolidina (derivado de la hidrólisis de la fosfatidilcolina, principal fosfolípido biliar), moléculas con capacidad detergente solubilizadora de membranas celulares (daño de la mucosa esofágica) (5).

La esofagitis por reflujo es una complicación del reflujo que ocurre cuando las defensas normales de la mucosa son incapaces de contrarrestar el efecto del daño producido por el ácido, la pepsina o la bilis que refluyen. La esofagitis leve se manifiesta

como cambios microscópicos de infiltración mucosa por granulocitos o eosinófilos, hiperplasia de la capa basal y alargamiento de las crestas dérmicas. En la enfermedad por reflujo no erosivo la imagen endoscópica puede ser normal o incluir eritema leve. En la imagen endoscópica de la esofagitis erosiva se advierte daño manifiesto de la mucosa, enrojecimiento, friabilidad, hemorragia, úlceras lineales superficiales y exudado en dicha capa, el estudio histológico indica infiltrado de polimorfonucleares, así como tejidos de granulación. La estenosis péptica es consecuencia de la fibrosis que produce constricción de la luz esofágica. Esta estenosis se presenta en alrededor del 10% de los pacientes con esofagitis por reflujo no tratada. Las pequeñas debidas a reflujo espontaneo, suelen hallarse en el tercio distal, cerca de la unión escamocilíndrica y miden de 1 a 3 cm de longitud. Las grandes y tubulares se producen por vómitos persistentes o intubación nasogástrica prolongada. La esofagitis erosiva puede causar sangrado y cicatrizar mediante metaplasia intestinal (esófago de Barret), lo que constituye un factor de riesgo de adenocarcinoma (7).

2.3. Factores asociados (17, 7)

A) Disminuyen la presión del EEI:

- 1) Consumo de alcohol: Además, produce un trastorno de la función motora del cuerpo esofágico.
- 2) Tabaquismo (evidencia científica débil).
- 3) Ejercicio físico: Aumentaría la periodicidad de las relajaciones transitorias del EEI.
- 4) Medicamentos: Benzodiazepinas, Morfina y derivados, Antagonistas de Calcio, Nitratos, Teofilina, Anticolinérgicos, Antagonistas Alfa adrenérgicos, Agonistas Beta adrenérgicos.

- 5) Embarazo: Es una situación que se asocia frecuentemente a ERGE, debido a la disminución de la presión del EEI producida por la progesterona y al aumento de la presión intraabdominal.
- 6) Dieta alta en: Cafeína, grasas, cebolla, chocolate, cítricos: evidencia científica débil. Bebidas carbonatadas y comidas copiosas: evidencia moderada.

B) Otros Mecanismos.

- 1) Edad.
- 2) Sexo masculino.
- 3) Posición de decúbito: Hace que los episodios de reflujo se prolonguen especialmente al dormir sobre el lado derecho. En decúbito lateral izquierdo en cambio la unión G-E se sitúa por encima del nivel del jugo gástrico.
- 4) Estrés psicológico: estrés laboral y acontecimientos vitales negativos. Son factores estadísticamente significativos. Estrés psicológico tendría un rol en la percepción de los síntomas.
- 5) Obesidad: el ERGE ocurre independiente del índice de masa corporal, pero variaciones significativas de peso pueden influir en los síntomas. La obesidad produce una acumulación de grasa intraabdominal y aumenta la presión intraabdominal, lo que favorece el reflujo de estrés.
- 6) La hernia de hiato.
- 7) Ácido acetilsalicílico y otros AINES: Se asocian a erosiones del esófago.
- 8) Consumo de alimentos tres horas antes de acostarse: cuestionable, tal vez solo en los casos severos y con síntomas nocturnos.

2.4. Manifestaciones Clínicas

Los síntomas más comunes de la esofagitis por reflujo son la regurgitación y la pirosis. El reflujo en faringe, laringe y árbol traqueo bronquial puede originar tos crónica, broncoconstricción, faringitis, laringitis, bronquitis o neumonía. A veces se identifica ronquera matutina. La aspiración pulmonar repetitiva puede originar neumonitis por aspiración, fibrosis pulmonar o asma crónica (1, 5).

La pirosis se produce cuando el material refluído entra en contacto con la mucosa esofágica inflamada. Algunos pacientes presentan dolor de tipo anginoso o un dolor torácico típico, mientras que otros no sufren ni ardor, ni dolor. La disfagia persistente sugiere el desarrollo de una estenosis péptica. La mayoría de pacientes con esta última tiene antecedentes de pirosis durante varios años antes de la aparición de disfagia. Sin embargo en una tercera parte de los pacientes la disfagia es el síntoma de presentación. Una disfagia rápidamente progresiva con pérdida de peso puede indicar el desarrollo de un adenocarcinoma sobre un esófago de Barret, las úlceras de este o las erosiones mucosas pueden ocasionar hemorragias (3, 6).

Síntomas menos comunes incluyen: Dolor torácico, disfagia, náuseas, odinofagia, dolor epigástrico, aspiración, y hemorragia oculta en el anciano. Algunos síntomas extra esofágicos además son la disfonía y el asma (7).

2.5. Diagnostico

La lesión de la mucosa se comprueba por medio de un estudio radiológico con bario, esofagoscopia y biopsia mucosa. El primero suele ser normal en la esofagitis no complicada, pero puede revelar estenosis o formación de úlceras. La existencia de estenosis péptica alta, úlcera profunda o adenocarcinoma indican la existencia de esófago

de Barret. La esofagoscopia puede demostrar esofagitis erosiva, estenosis péptica distal, o una zona revestida de epitelio cilíndrico con o sin estenosis péptica, úlcera o adenocarcinoma de localización proximal. La esofagoscopia puede ser normal en muchos pacientes con esofagitis y en estos casos son útiles la biopsia y la prueba de Bernstein.

Las biopsias de la mucosa deben obtenerse al menos 5 cm por encima del EEI ya que en sujetos normales son muy frecuentes los cambios en la mucosa esofágica más distal por esofagitis crónica. La prueba de Bernstein consiste en la infusión de soluciones HCL 0.1 N o salina normal en el esófago. En pacientes con esofagitis por reflujo la administración de ácido produce ardor pero no así la de suero. La administración de ácido en personas normales no suele causar síntomas. Las manifestaciones supra esofágicas se diagnostican con una exploración otorrinolaringológica cuidadosa (1, 5).

La demostración y cuantificación del reflujo cuando son necesarias se realizan mediante el registro ambulatorio continuo (24 h) del pH esofágico. Para valorar el reflujo faríngeo puede ser útil emplear un sistema que registre simultáneamente la faringe y el esófago. El registro del pH solo es útil para estudiar el reflujo de ácido. Solo es necesario demostrar la presencia de reflujo cuando su cometido en el cuadro sintomático del paciente no está claro en especial durante el estudio de síntomas supra esofágicos y el dolor torácico sin indicios endoscópicos de esofagitis (4).

2.6. Tratamiento.

En los pacientes con ERGE el objetivo del tratamiento es aliviar la sintomatología, mejorar su calidad de vida y prevenir la aparición de complicaciones. En pacientes con esofagitis erosiva el objetivo terapéutico debe incluir además la curación de lesiones y mantener su remisión. El tratamiento suele ser médico; su eficacia puede ser elevada (< 99%) e incluye medicación, cambio de hábitos y dieta.

Los fármacos utilizados en la ERGE pueden clasificarse según su acción farmacológica en dos grandes grupos: los que actúan sobre la secreción ácido gástrica, y los que activan la motilidad digestiva.

Estilo de vida y medidas higiénico-dietéticas: Clásicamente se han indicado en los pacientes con ERGE una serie de medidas como evitar comidas copiosas, eliminar el sobrepeso, dejar el tabaco, no tomar café, no consumir bebidas alcohólicas ni carbonatadas, dormir con la cabecera elevada y evitar el decúbito 2-3 horas tras las comidas. La mayoría de estas medidas son empíricas, no existiendo prácticamente estudios que demuestren su eficacia. (2) El patrón de evolución temporal de la exposición ácida esofágica indica que la elevación de la cabecera de la cama constituiría un tratamiento racional sólo en aquellos casos en los que el reflujo es de predominio en supino.

Antiácidos y alginatos: Hasta hace algunos años han sido de los fármacos más usados en la ERGE, sobre todo para conseguir un alivio sintomático puntual. No todos los estudios demuestran una mayor eficacia que el placebo para ese control puntual de los síntomas leves, encontrando algunos autores sólo algún beneficio marginal, sin lograr la cicatrización de las lesiones de esofagitis. Además, parece que los antiH2 consiguen un control sintomático más rápido y eficaz, relegando a los antiácidos y alginatos en el tratamiento a demanda. (1) Sí puede ser útil el tratamiento sintomático conservador de mantenimiento con alginato en algunos pacientes con ERGE tras el tratamiento con antiH2 u Omeprazol.

Papel de los agentes procinéticos: Dentro de este grupo se incluyen principalmente la *metoclopramida*, la *domperidona*, la *cisaprida* y la *cinitaprida*. La utilidad de estos fármacos se basa en su capacidad para estimular la motilidad esófago gástrica, aumentar el tono del EII y acelerar el vaciamiento gástrico. La *cisaprida* ha sido el fármaco más

empleado y estudiado, siendo además el único fármaco procinético que simultáneamente aumenta el aclaramiento esofágico y favorece el tono del EEI. Se ha sugerido un mayor beneficio de la cisaprida en pacientes con vaciado gástrico lento. No se ha establecido una relación dosis-respuesta clara para el tratamiento de la esofagitis por reflujo con cisaprida (2). El tratamiento combinado de mantenimiento con cisaprida y un antagonista H₂ es más eficaz que la monoterapia de cualquiera de ambos, pero es a su vez significativamente menos eficaz que el tratamiento con un IBP. Hay que señalar que la cisaprida se ha asociado con el desarrollo de arritmias cardíacas graves, sobre todo cuando se usa con otros fármacos que inhiben el citocromo P450. Este hecho ha restringido su uso a casos muy seleccionados. Aunque es tan eficaz como los antiH₂ en las formas más leves de la ERGE, en la actualidad no se recomienda como fármaco de primera elección debido al potencial descrito de producir efectos secundarios importantes.(2)

Tratamiento con antagonistas H₂: La aparición de la cimetidina (primero del grupo en aparecer) supuso un gran avance en el tratamiento farmacológico de las enfermedades ácido-pépticas, limitado en aquel momento a los anticolinérgicos y antiácidos. Posteriormente han surgido otros antagonistas H₂ como ranitidina, famotidina, nizatidina y coxatidina. Todos ellos actúan bloqueando el receptor de histamina de la célula parietal. En la mayoría de los países está aceptada su libre dispensación. (9) Los antagonistas H₂ a dosis estándar en comparación con el placebo mejoran los síntomas de ERGE en pacientes sin endoscopia o con ésta negativa. Así, del 32 al 82% de los pacientes tratados con antiH₂ mejoran clínicamente. (9) Algunos estudios muestran que usando dosis inferiores a la estándar de ranitidina se obtienen resultados similares. También muestran una mayor eficacia para la curación de la esofagitis en comparación con el placebo, oscilando el porcentaje de curación entre el 0 y el 82%,(9) siendo más eficaces en los grados más leves de esofagitis. Todos los fármacos del grupo son igual de eficaces a dosis

equivalentes. No parece encontrarse un aumento de eficacia al aumentar la dosis, aunque aumentar la frecuencia de administración puede tener un efecto beneficioso.

Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP): Los IBP son los fármacos que proporcionan una mejor inhibición de la secreción ácida mediante un enlace covalente con la ATPasa-H⁺/K⁺ situada en el canalículo secretor de la célula parietal, provocando un bloqueo de la secreción ácida ante todos los estímulos conocidos. Se dispone en la actualidad de 5 fármacos: Omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol. Los IBP mejoran la sintomatología en pacientes con ERGE sin endoscopia o ERGE no erosiva al compararlos con placebo. Algunos meta análisis muestran además que este alivio sintomático es significativamente superior al que se obtiene con antiH₂. El uso de IBP de forma intermitente o a demanda puede ser moderadamente eficaz y coste-efectivo para el control sintomático

Los IBP, además han demostrado su eficacia, en comparación con el placebo, en la curación de la esofagitis. Diversos meta análisis, muestran que los IBP son significativamente mejores que los antiH₂ tanto para curar la esofagitis como para aliviar los síntomas en pacientes con esofagitis moderadamente grave, siendo además la velocidad de curación muy superior en los IBP, en particular al inicio del tratamiento.(5) Ensayos aleatorizados que comparan dos IBP distintos (lansoprazol, Omeprazol, pantoprazol y rabeprazol) no han demostrado diferencias en las tasas de curación con los fármacos usados en la dosis estándar recomendadas, sin embargo recientes estudios con esomeprazol muestran una ligera superioridad de este fármaco frente a los otros, tanto en el alivio sintomático como en la curación de la esofagitis. (2) Los estudios demuestran que los IBP a mitad de dosis son útiles para mantener la remisión de síntomas y lesiones de esofagitis, sobre todo en aquellos casos de ERGE no erosiva o erosiva leve. Se recomiendan, en general, dosis estándar como tratamiento de mantenimiento si han

existido previamente lesiones graves de esofagitis. Existen estudios que justifican una dosis doble de la estándar de mantenimiento en el esófago de Barrett. (9)

Papel de la cirugía en la ERGE: La funduplicatura es la técnica más empleada en el tratamiento quirúrgico de la ERGE. En su variante de Nissen se retorna el estómago a su posición intraabdominal, se cierra la zona crural del diafragma y se realiza una plicatura de 360° del fundus gástrico alrededor de la porción inferior del esófago. La variante de Toupet realiza una funduplicatura parcial de 240°-270°, y ha tenido su indicación clásicamente en aquellos pacientes con una motilidad esofágica ineficaz. No obstante, existen estudios que demuestran que la alteración de la motilidad no es óbice para realizar un Nissen. (3)

La utilidad de la cirugía en la ERGE se basa en tres puntos:

1- Reposición anatómica del esfínter esofágico inferior en la zona de presión positiva abdominal,

2- Aumento de la presión de reposo del EII y de su porción intraabdominal,

3- Disminución del número de relajaciones transitorias del EII y del porcentaje de aquellas que se asocian a episodios de reflujo gastroesofágico. La realización de la técnica por vía laparoscópica reduce drásticamente la estancia hospitalaria y la morbilidad de la técnica. Los resultados a largo plazo que se han presentado para la cirugía antirreflujo son equivalentes a los obtenidos con los IBP tanto en el control sintomático, curación de esofagitis y prevención de estenosis y adenocarcinoma (8). La eficacia de la cirugía antirreflujo a corto y a largo plazo depende en gran medida de la experiencia y habilidad del cirujano, existiendo por tanto, diferencias inter hospitalarias (3). La tasa global de éxito de la cirugía en lo que se refiere al control sintomático, exposición al ácido y curación esofagitis se puede cifrar en torno al 90% a los 5 años (7). La mortalidad operatoria es inferior al 0.5%, siendo la morbilidad del 5%. (7) La disfagia, la dificultad

para el eructo o el vómito, la plenitud postprandial, la saciedad precoz, el dolor tóracoabdominal y el meteorismo son los síntomas más frecuentes tras la intervención. La indicación fundamental de la cirugía va a ser la recidiva precoz de los síntomas o lesiones al suspender un tratamiento médico eficaz, la intolerancia o la insuficiente respuesta al mismo, así como el deseo expreso del paciente de someterse a la intervención (3). Se debe considerar especialmente en pacientes con esofagitis grado III-IV (que requerirán terapia durante largos periodos y están sometidos a mayor riesgo de complicaciones), en pacientes con esofagitis I-II con EEI hipotensivo ($P < 4-6$ mmHg), expuestos a persistentes episodios de reflujo, en sujetos que tengan una gran hernia de hiato (con frecuencia refractarios a tratamiento médico), en pacientes que desarrollen complicaciones graves o en pacientes con síntomas atípicos (respiratorios, otorrinolaringológicos...) (7). Previamente a la intervención además de una endoscopia se considera recomendable la realización de una pHmetría y una manometría esofágica. En pacientes con esófago acortado, fibrótico y estenosis corregible mediante dilatación, se puede realizar una técnica de alargamiento esofágico asociado al procedimiento antirreflujo. Así dos técnicas, las gastroplastias de Collis-Belsey y Collis-Nissen permiten tubulizar el cardias y sirven para elongar el esófago, realizando posteriormente la funduplicatura alrededor del cardias tubulizado.

3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** PRADO MALABRIGO.(20)

Título: Diagnóstico Clínico, Endoscópico y Anatomopatológico de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2008-2009

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010

Resumen: El ámbito de estudio fue el servicio de gastroenterología del HRHDE, hemos incluido a todos aquellos pacientes con historia clínica en las cuales se certifique los principales signos y síntomas que nos proporcionen el diagnóstico de ERGE, en cuanto a la distribución etaria el 31% de los pacientes con reflujo gastroesofágico presentaron edades de 51-60 años y solo el 9.9% de ellos conllevaron esta patología en edades comprendidas entre 21 y 30 años. En cuanto a la distribución por sexo muestra que el 63.4% de los pacientes con ERGE son de sexo masculino y el 36.6% de los pacientes son mujeres, además se muestra que el 36.6% de los pacientes con ERGE tienen como ocupación principal el ser comerciantes. Respecto a los antecedentes personales se muestra que el 36.6 % de los pacientes que presentan ERGE tienen relación directa con los hábitos nocivos (siendo los principales alcohol y tabaco). El 57.7% de pacientes presentan como síntoma más frecuente la pirosis, el 31.1% de la población estudiada presenta regurgitación y solo el 2.8% presenta faringitis. En cuanto a los hallazgos endoscópicos más frecuentes el 53.2% presentan una mucosa erosiva (principalmente como lesiones únicas) además el 6% de los pacientes presenta lesiones compatibles con esófago de Barret. En este estudio además muestra que el 66.2% de los pacientes con ERGE presenta un cardias

incompetente. Además el 63.4% presenta hernia Hiatal. En el estudio anatomopatológico el 50.7% de los pacientes con ERGE presenta como hallazgo más importante esofagitis y el 5.7% presenta displasia, siendo el grado leve el de mayor frecuencia

3.2. **Autor:** LLANCAYALBITES M. (5)

Título: Características endoscópicas e histopatológicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, Hospital Goyeneche, 2008 a 2009.

Fuente: Tesis para optar el título de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010.

Resumen: Se revisaron retrospectivamente 69 historias de pacientes sometidos a endoscopia por ERGE, de los cuales se afectaron de manera similar mujeres y varones entre los 50 y 59 años, el síntoma principal fue la pirosis, y los hallazgos endoscópicos fueron cuadros no erosivos en dos tercios, mucosa de aspecto normal en un tercio, eritema y esófago de Barret en 26% de casos. Entre los cuadros erosivos predominaron las erosiones, con 13% de úlceras. Se encontró adenocarcinoma en 8,7% de casos.

A nivel nacional

3.3. **Autor:** CASTELO VEGA, Jean Marcel, OLIVERA HERMOZA, Rogers, PAUCAR SOTOMAYOR, Héctor et al.(9)

Título: Reflujo Gastroesofágico: Características Clínicas y Endoscópicas, y factores de riesgo asociados.

Fuente: Rev. gastroenterol. Perú, ene./mar. 2003, vol.23, no.1, p.41-48.

Resumen: Es un estudio de casos y controles con el objetivo de describir las características clínicas y epidemiológicas, e identificar los factores de riesgo más importantes asociados al reflujo Gastroesofágico entre los pacientes de la unidad de gastroenterología del HNSE – EsSalud Cusco. Se incluyeron 645 pacientes con diagnóstico endoscópico de esofagitis por reflujo Gastroesofágico, entre el 1 de enero de 1999 y el 31 de diciembre del 2000. Luego, seleccionamos una muestra de 125 casos apareados con 124 controles no relacionados. Se revisaron los perfiles estadísticos sobre reflujo Gastroesofágico, los informes del archivo de endoscopías digestivas y las historias clínicas de los pacientes; y se realizó una entrevista anónima a casos y controles, en forma anónima y previo consentimiento de los mismos. Resultados: La esofagitis por reflujo Gastroesofágico representa el 13% de las endoscopías digestivas altas en el período en estudio, con ligero predominio del sexo masculino (65%) y una edad promedio de 51,64 años. Un 39,8% de los casos tenía profesión universitaria. El principal síntoma fue la dispepsia (84,18%) seguido de los clásicos marcadores clínicos, pirosis (44%) y regurgitación (30%); y los síntomas extra digestivos fueron infrecuentes (9%). El diagnóstico de esofagitis se realizó en estadios leves de la enfermedad (94% de casos) y demostramos una asociación estadística importante entre esofagitis y hernia hiatal en el 32% de casos ($p < 0,05$). Los factores de riesgo que tuvieron asociación estadística significativa con reflujo Gastroesofágico fueron consumo de AINES (OR:19,36IC: 2,65-396,73) y café (OR:4,39IC: 1,72-11,65), y obesidad (OR: 2,60 IC: 2,60-6,78). Los factores con asociación matemática fueron el consumo de cigarrillos y alcohol, la posición en decúbito dorsal postprandial, el consumo de grasas y menta, y la ingesta de benzodiazepinas, bloqueadores de canales de calcio y nitratos. El resto de factores no tuvieron asociación de ningún tipo.

*A nivel internacional***3.4. Autores:** PIQUÉ J, KULICH K y cols. (6)

Título: Repercusión de la enfermedad en pacientes con reflujo Gastroesofágico. Evidencia de un estudio metodológico reciente en España.

Fuente: GastroenterolHepatol 2004;27(5):300-6

Resumen: OBJETIVO: Describir el impacto de la pirosis como síntoma principal de la enfermedad por reflujo Gastroesofágico sobre la calidad de vida relacionada con la salud en España, usando instrumentos de medida de la enfermedad, genéricos y específicos de los resultados comunicados por los pacientes. PACIENTES Y MÉTODOS: Pacientes con pirosis completaron las versiones españolas de la Escala de Evaluación de Síntomas Gastrointestinales (GSRS), del Cuestionario de Calidad de Vida de Reflujo y Dispepsia (QOLRAD), el Short Form-36 (SF-36) y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). También se registraron la frecuencia y gravedad de la pirosis durante los 7 días previos. RESULTADOS: Completaron el seguimiento 158 pacientes (edad: 51 ± 16 ; mujeres: 58%). El 61% de los pacientes tenían síntomas moderados y el 73% habían presentado síntomas 3 o más días en la semana previa. Los pacientes estaban más preocupados por los síntomas de reflujo (media del GSRS: 3,8, sobre una escala de 1 —no preocupado— a 7 —muy preocupado—), dolor abdominal (3,1) e indigestión (3,1). Como consecuencia de sus síntomas tuvieron problemas con la comida y la bebida (media del QOLRAD: 4,5, sobre una escala de 1 a 7, donde 1 representa el impacto más grave sobre el funcionamiento diario), de vitalidad (4,7) y de estrés emocional (4,8). Esto condujo a un empeoramiento global de la calidad de vida relacionada con la salud en todos sus dominios (media del SF-36 de esta población con pirosis, comparada con la

población general española). Según la escala de la HAD, el 28% de los pacientes tenían ansiedad y el 13% estaban deprimidos.

4. Objetivos

4.1. General

Establecer la frecuencia y los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo Gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2012.

4.2. Específicos.

- a) Identificar la frecuencia de recidiva de esofagitis por reflujo Gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el 2012.
- b) Describir las características de la esofagitis recidivante en los pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el 2012.
- c) Establecer los factores asociados a la recidiva de la esofagitis por reflujo Gastroesofágico en pacientes diagnosticados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa en el 2012.

5. Hipótesis

Dado que existe una recidiva de la esofagitis por reflujo Gastroesofágico una vez que esta es tratada, es probable que esta recidiva se asocie a factores del paciente, de la enfermedad y del tratamiento.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma histórica en el periodo comprendido entre el 01 de Enero del 2012 al 31 de Diciembre 2012.

2.3. Unidades de estudio: Historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esofagitis por reflujo gastroesofágico.

2.4. Población: Totalidad de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de esofagitis por reflujo gastroesofágico en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico que cuenten con endoscopia de seguimiento en el Servicio de Gastroenterología en el periodo de estudio, divididos en dos grupos: **grupo casos:** aquellos con recidiva, definida por reaparición de síntomas luego de 2 meses de tratamiento, o como reaparición de hallazgos en la endoscopia, y **grupo control,** constituido por aquellos que hayan presentado curación, definida por ausencia de síntomas y de hallazgos en la endoscopia. Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de elección:

• **Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico clínico de ERGE.
- Con endoscopia digestiva alta de seguimiento.

• **Criterios de Exclusión**

- Registros incompletos o extraviados.
- Patología tumoral del esófago
- Otros tipos de esofagitis, secundarios a esofagitis cáustica o esofagitis infecciosa.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital y la jefatura del Servicio de Gastroenterología para obtener la autorización para acceder a los datos.

Se aplicará la ficha de recolección de datos (Anexo 1) para obtener información de todos los casos que cumplan los criterios de selección.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigador, tutor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de un instrumento para recoger información.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Los datos organizados se convertirán en tablas y gráficos para sistematizar los resultados y proceder a su interpretación.

b) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos de casos y controles se realizará con la prueba Chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas con la prueba t de Student. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete StatisticaV.7.0.

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 12				Diciembre 12				Enero 13			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica			■	■								
3. Aprobación del proyecto					■	■						
4. Ejecución							■	■				
5. Análisis e interpretación									■			
6. Informe final										■		

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2012

Fecha probable de término: 15 de Enero 2013

