

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN
PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO
MONOGRAFÍA**

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

**María Ximena Gordillo Zelaya
Mónica Alejandra De La Cruz Marroquín
Jorge Augusto Cámara Vargas**

Médico y Cirujano

Ciudad de Guatemala, octubre 2020

El infrascrito Decano y el Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación –COTRAG-, de la Facultad de Ciencia-s Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

- | | | |
|--|-----------|---------------|
| 1. Mónica Alejandra De La Cruz Marroquín | 201400268 | 2763319070101 |
| 2. Jorge Augusto Cámara Vargas | 201400289 | 2977824790101 |
| 3. María Ximena Gordillo Zelaya | 201407357 | 2875711220101 |

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad, previo a optar al título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

Trabajo asesorado por el Dr. Abel Alberto Sánchez Orozco y revisado por la Dra. Claudia Milagro Wong Taracena de Liu, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el catorce de octubre del dos mil veinte



Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



CIENCIAS MÉDICAS
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
DECANO

Vo.Bo.
Dr. Jorge Fernando Orellana Oliva
Decano

El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- | | | |
|--|-----------|---------------|
| 1. Mónica Alejandra De La Cruz Marroquín | 201400268 | 2763319070101 |
| 2. Jorge Augusto Cámbara Vargas | 201400289 | 2977824790101 |
| 3. María Ximena Gordillo Zelaya | 201407357 | 2875711220101 |

Presentaron el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA, titulado:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

El cual ha sido revisado y aprobado como profesor (a) de esta Coordinación: **Dra. Mónica Ninet Rodas González**, al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les AUTORIZA continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General. Dado en la Ciudad de Guatemala, el catorce de octubre del año dos mil veinte.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador

Guatemala, 14 de octubre del 2020

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotros:

1. Mónica Alejandra De La Cruz Marroquín
2. Jorge Augusto Cámbara Vargas
3. María Ximena Gordillo Zelaya



Presentamos el trabajo de graduación en la modalidad de MONOGRAFÍA titulado:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

Del cual el asesor y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

FIRMAS Y SELLOS PROFESIONALES

Asesor: Dr. Abel Alberto Sánchez Orozco

Abel Sánchez
Maestría en Gastroenterología
En Endoscopia Digestiva
Colegiado: T5,758

Revisora: Dra. Claudia Milagro Wong Taracena de Liu

Reg. de personal -----20030265-----


Dra. Claudia Milagro Wong Taracena
Médica y Cirujana
Maestría en Salud Pública
con Énfasis en Epidemiología
Colegiado # 10,159

DEDICATORIA

A todos los pacientes que durante estos años nos permitieron crecer como personas y profesionales.

AGRADECIMIENTOS

A Dios estamos eternamente agradecidos por la oportunidad culminar nuestra carrera universitaria, por ser nuestra guía y fortaleza durante este camino.

A nuestros padres por enseñarnos el significado del amor incondicional, por creer en nuestro sueño desde el inicio, acompañarnos a cumplirlo y motivarnos a conseguir más éxitos en la vida.

A nuestro asesor Dr. Abel Sánchez y revisoras Dra. Claudia Wong y Dra. Mónica Rodas por habernos brindado su apoyo de inicio a fin en este proyecto y por enriquecernos con sus conocimientos.

A nuestra familia y amigos por su cariño y motivación inquebrantable. A nuestros compañeros de estudio por el apoyo durante los momentos difíciles y por las alegrías compartidas durante estos años.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y a nuestros catedráticos por su compromiso con la formación de médicos exitosos que sirvan al pueblo guatemalteco.

ÍNDICE

Prólogo	i
Introducción	ii
Planteamiento del problema.....	iv
Objetivos.....	vi
Métodos y técnicas	vii
Capítulo 1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	1
Capítulo 2. Factores de riesgo para enfermedad por reflujo gastroesofágico	15
Capítulo 3. Calidad de vida en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico ..	21
Capítulo 4. Análisis	30
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Referencias bibliográficas	36
Anexos.....	43



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores, es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresados en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala y, de las otras instancias competentes, que así lo requieran.

PRÓLOGO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se constituye como una enfermedad crónica, recurrente. Durante décadas, la existencia de la enfermedad del reflujo gastroesofágico (ERGE) se definió por los resultados en la endoscopia gastrointestinal superior. La suma de síntomas fue reducido a la acidez estomacal y la regurgitación ácida. Pero los síntomas de la ERGE pueden extenderse mucho más allá de los límites de la acidez, regurgitación e incluso más allá del esófago en horarios tanto diurnos como nocturnos.

Mientras que los síntomas en sí tienen un efecto negativo en la vida de los enfermos, hay efectos secundarios causados por deterioro del funcionamiento físico, emocional y social en la productividad. El impacto de la ERGE por problemas no gastrointestinales, en la calidad de vida en los pacientes se ha demostrado en todo el mundo.

El objetivo del presente trabajo monográfico es la describir e interpretar aspectos relacionados con la calidad de vida de la ERGE, que permitan tener una visión general de su efecto, debido a que en Guatemala no existen estudios sobre prevalencia de esta enfermedad a pesar de que ésta va en aumento. Además, se realiza una revisión de la epidemiología de ERGE, de los principales factores de riesgo relacionados con la afección de la calidad de vida de los pacientes que presentan esta patología analizándose las dimensiones física, psicológica, emocional, social en las que la sintomatología de la ERGE afecta la calidad de vida de los pacientes, según el cuestionario genérico SF-36 y los cuestionarios específicos para la enfermedad, GSFQ y GERDQ.

Claudia Wong de Liu

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología que actualmente tiene una alta prevalencia a nivel mundial, se ha documentado que ésta va en aumento en varios países en desarrollo.¹ A través del tiempo ha sido definida de distintas formas, primero en el consenso de GENVAL en 1999, y luego en el 2006 en el consenso de Montreal, donde se determinó como una condición que se desarrolla cuando el contenido gástrico refluye hacia el esófago y causa síntomas en la mucosa esofágica así como síntomas extraesofágicos.²

El reflujo del contenido gástrico produce síntomas típicos como pirosis, náuseas, regurgitación y otros síntomas extraesofágicos como tos crónica, dolor torácico o laringitis, los cuales llegan a alterar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas que padecen esta patología, además de llevar a complicaciones como esófago de Barret y adenocarcinoma de esófago.³

La ERGE se presenta de forma similar en mujeres (16.7 %) y hombres (14.4 %), siendo más común su presentación en mayores de 50 años, profesionales de clases media-alta, asociado mayormente a consumo de alcohol y tabaco.¹

Se ha observado un alza en su prevalencia mundial siendo actualmente de 13.3 % teniendo variaciones según el área geográfica estudiada. El sudeste asiático es donde se presenta la menor prevalencia con un 7.4 %, mientras que en Europa, el porcentaje es del 17.1 %. En Centro América se realizó un estudio que reporta 19.6 % y en Guatemala no se han realizado estudios sobre prevalencia de esta enfermedad.¹

El padecimiento de esta enfermedad conlleva a una modificación significativa de la calidad de vida de los pacientes, implicando pérdidas económicas significativas, tanto por costes directos como por los relacionados con las visitas médicas y los tratamientos.³ La calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERGE se mide a través de cuestionarios auto aplicados genéricos y específicos para la enfermedad.

Para el médico tratante es importante valorar la calidad de vida del paciente porque su medición favorece la evaluación de las diferentes áreas afectadas en los mismos, promueve la investigación, identifica las necesidades reales de una población y de esta manera facilita la planificación adecuada de medidas de intervención sanitaria y de distribución de recursos.⁴

En Guatemala no existen estudios sobre prevalencia de esta enfermedad a pesar de que ésta va en aumento, existe solamente un estudio en donde se evalúa la calidad de vida en pacientes con ERGE realizado en una institución privada.⁵

La presente monografía, de diseño descriptivo e interpretativo, cuenta con tres capítulos en donde se realiza una recopilación bibliográfica de literatura y artículos científicos con el objetivo principal de describir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERGE. Así mismo, se describe la epidemiología de ERGE, se exponen los principales factores de riesgo relacionados con la afección de la calidad de vida de los pacientes que presentan esta patología y se analiza las dimensiones física, psicológica, emocional, social en las que la sintomatología de la ERGE afecta la calidad de vida de los pacientes, según el cuestionario genérico SF-36 y los cuestionarios específicos para la enfermedad, GSFQ y GERDQ.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), según el consenso de Montreal, es definida como una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas y/o complicaciones de la mucosa esofágica. Los síntomas más frecuentes de ERGE son regurgitación y pirosis, acompañados de síntomas esofágicos como disfagia y dolor torácico. Sin embargo, también produce síntomas extradigestivos o atípicos como tos, laringitis, asma y erosión dental.⁶ Afecta de forma similar a hombres y mujeres, siendo más común en personas mayores a 50 años, profesionales y personas de clase media-alta generalmente asociado al consumo de alcohol y tabaco.⁷ A nivel mundial la prevalencia de ERGE corresponde al 13.3 % variando según la ubicación geográfica de la población de estudio, de forma que en el sudeste asiático es donde se encuentra la menor prevalencia con un 7.4 %, mientras que en Europa, el porcentaje es del 17.1 %.¹

La gravedad de los síntomas y complicaciones de la enfermedad pueden repercutir en las diferentes actividades de la vida de cada paciente con ERGE, afectando directamente su calidad de vida. Se ha señalado que existe mayor absentismo laboral y reducción del número de horas productivas, lo que implica pérdidas económicas significativas lo que afecta la calidad de vida del paciente.³ Para el médico tratante es importante valorar la calidad de vida de sus pacientes porque su medición favorece la evaluación de diferentes áreas afectadas en los pacientes, promueve la investigación, y facilita la planificación adecuada de medidas de intervención.⁴ Este estudio pretende describir la calidad de vida que tienen los pacientes con ERGE y cómo la sintomatología que presentan repercute en sus actividades sociales, emocionales y físicas. Se espera que en un futuro puedan realizarse investigaciones de este tipo en Guatemala debido a que no existe ningún estudio descrito sobre pacientes con ERGE y en Latinoamérica los estudios son muy pocos.

Delimitación del problema

Basado en lo descrito anteriormente, la enfermedad por reflujo gastroesofágico afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes que la poseen. Se tomarán en cuenta para el estudio, pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico. Se utilizarán estudios realizados alrededor del mundo, en Guatemala no existe bibliografía sobre el tema. Se buscará información

en bases de datos, seleccionando en su mayoría artículos que no sobrepasen 10 años de haber sido publicados, durante el mes de junio. Posteriormente se realizarán descripción y análisis durante los meses de julio a septiembre de 2020. Se explorarán bases como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), el Portal Regional de la BVS (BIREME) y del National Center for Biotechnology Information (NCBI) en PubMed de Estados Unidos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico?

OBJETIVOS

Objetivo general

- Describir la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Objetivos específicos

1. Describir la epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
2. Exponer los principales factores de riesgo relacionados con la afección de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico.
3. Analizar las dimensiones física, psicológica, emocional, social en las que la sintomatología de la ERGE afecta la calidad de vida de los pacientes, según el cuestionario genérico SF-36 y los cuestionarios específicos para la enfermedad, GSFQ y GERDQ.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

La presente monografía es de diseño descriptivo e interpretativo en la cual se realizó una recopilación bibliográfica de literatura y artículos científicos publicados en inglés y español. Se exploraron reconocidas bases de datos en línea como: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), el portal regional de la biblioteca virtual de salud (BIREME) y del *National Center for Biotechnology Information* (NCBI) en PubMed de Estados Unidos, se utilizó la base de datos perteneciente a la biblioteca de la Universidad de San Carlos de Guatemala y centro de documentación “Dr. Julio de León Méndez” de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala: LIBRO.

Las fuentes de información bibliográfica primarias contempladas incluyen artículos publicados en revistas científicas constituidos por metaanálisis, revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados. Las fuentes de información bibliográfica secundarias tomadas en cuenta fueron literatura gris disponibles en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas ya mencionada.

Se realizaron búsquedas utilizando *Medical Subject Heding* (MeSH) según el capítulo a describir, se podría describir como el “MeSH” principal “*Gastroesophageal Reflux*” dicho término fue especificado tanto en inglés como en español, dependiendo del idioma principal de la base de datos consultada (ver anexo 2).

Para la selección de fuentes de información potencialmente relevantes se contemplaron los siguientes criterios:

Criterios para la selección de fuentes de información bibliográfica primaria

Una vez realizada la búsqueda con el MeSH principal se utilizaron calificadores permitidos con el fin de obtener los resultados requeridos y estos fueron relacionados a través de los operadores lógicos “AND” y “OR” para realizar una búsqueda más específica (ver anexo 1 y 2). Se seleccionaron fuentes, como fue mencionado previamente, en idioma inglés y español, con disponibilidad a texto completo y con información directamente relacionada al tema tratado, publicadas en los últimos 10 años. Los términos utilizados como calificadores permitidos, se consideraron también como términos clave asociados a cada una de las fuentes de información encontradas.

Se definió que la población objetivo eran humanos sin distinción de edad ni sexo. Se le dio prioridad a las revisiones sistemáticas y metaanálisis, para el procesamiento y análisis de la bibliografía se evaluó el título, resumen, palabras clave, métodos, resultados y la discusión de

cada artículo, se seleccionaron las fuentes sobre reflujo gastroesofágico y calidad de vida con información relevante para nuestro trabajo, y se descartaron las que no eran pertinentes al no estar relacionados con el tema de la investigación (ver anexo 1).

Criterios de selección de fuentes de información bibliográfica secundaria.

Para las fuentes bibliográficas pertenecientes a la literatura gris únicamente se tomaron en cuenta libros disponibles en el catálogo virtual de la biblioteca “Dr. Julio de León Méndez” de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala (ver anexo 3).

CAPÍTULO 1. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

SUMARIO

- Definición
- Clasificación
- Prevalencia e incidencia
- Fisiopatología
- Características clínicas
- Pruebas diagnósticas

A continuación, se describe la definición y clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, su prevalencia e incidencia. Posteriormente se presentan sus principales mecanismos fisiopatológicos de los cuales derivan las características y manifestaciones clínicas. Por último, se da una visión general sobre las pruebas diagnósticas para la detección de dicha enfermedad.

1.1. Definición

El reflujo gastroesofágico es el movimiento retrogrado del contenido gástrico hacia el esófago, generalmente causado por incompetencia del esfínter esofágico inferior, según el consenso global de Montreal la enfermedad por reflujo gastroesofágico se define como “una condición que se desarrolla cuando el reflujo del estómago causa síntomas problemáticos y/o complicaciones en la mucosa” presentándose característicamente por pirosis retroesternal y regurgitación, acompañado en ocasiones por lesiones en la mucosa del esófago. Otros síntomas esofágicos como disfagia y dolor torácico también son frecuentes, sin embargo, existen otros síntomas extraesofágicos como tos y laringitis que a menudo son asociados con ERGE.^{6,8,9}

1.2. Clasificación

El diagnóstico de ERGE se puede dar en base a signos y síntomas encontrados en los pacientes, por puntajes obtenidos en encuestas sobre la sintomatología de la enfermedad, por medición de la acidez en la mucosa esofágica y se complementa por los hallazgos de una endoscopia. En 2006 se reunió un grupo de expertos en Montreal, Canadá y clasificaron a la enfermedad en síndrome esofágico o síndrome extraesofágico esto en base a los síntomas con que se presentaban los pacientes.

Dentro del grupo de los síndromes esofágicos se encuentra la ERGE no erosiva y la erosiva. La ERGE no erosiva puede presentarse como un síndrome sintomático, como lo es el síndrome típico por reflujo y el síndrome de reflujo con dolor torácico. La ERGE erosiva se subdivide en cuatro síndromes que presentan lesión esofágica, en donde se encuentran la

esofagitis por reflujo, la estenosis por reflujo, el esófago de Barret y el adenocarcinoma esofágico.¹⁰

Existía confusión entre especialistas médicos, particularmente otorrinolaringólogos y neumólogos sobre el síndrome extraesofágico, ya que las manifestaciones atípicas que caracterizan a este grupo son inespecíficas, podían tener un origen distinto y en ausencia de síntomas típicos o respuesta clara a medicamentos inhibidores de bomba de protones (IBP), tenían un pobre valor predictivo para ERGE y en esos casos debía demostrarse el reflujo. Esto agregado a que la mayoría de estos pacientes no tuvo lesiones esofágicas observadas en endoscopias, motivó a los especialistas a renombrar el padecimiento de estos pacientes como enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) en el consenso de Vevey en 2009.¹⁰

1.3. Prevalencia e Incidencia

La enfermedad por reflujo gastroesofágico tiene una prevalencia ecuaníme entre hombres y mujeres, pero la esofagitis y el esófago de Barret, es más frecuente en hombres que en mujeres a razón de 3:1 y 10:1 respectivamente, la incidencia aumenta con la edad y se ha asociado con el embarazo ya que aproximadamente dos tercios de mujeres embarazadas refieren síntomas típicos de reflujo.⁶

Un problema para categorizar la enfermedad es la obtención de datos epidemiológicos, ya que para ello separaron el mundo en dos grupos geográficos diferentes, oriental y occidental, para describir cada uno según sus características, sin embargo, algunos países presentan tasas de incidencia y prevalencia muy distintas incluso cuando pertenecen al mismo grupo como Irán y China o Suecia y Brasil, esto también se ve afectado en países donde hay diferencias epidemiológicas por regiones, como Turquía que esta geográficamente ubicada entre los países de oriente y occidente, con rasgos de prevalencia compatibles entre ambos grupos.¹¹

En los países orientales la prevalencia del ERGE es menor y el principal síntoma es la regurgitación, por otro lado, los países de occidente tienen una mayor prevalencia y el síntoma que prevalece es la pirosis. También se menciona que las complicaciones esofagitis erosiva, esófago de Barret y adenocarcinoma esofágico se encuentran en mayor proporción en los países occidentales.

Los estudios epidemiológicos de ERGE en Turquía varían según el instrumento utilizado para su evaluación, los cuestionarios más utilizados fueron el cuestionario Mayo que reportó una

prevalencia del 20 %, el segundo cuestionario más utilizado fue GERD-Q que reportó 24.7 % y otros cuestionarios utilizados en menor medida reportan una prevalencia del 23 %.¹¹

Asia, como continente evaluado, mostró una prevalencia del 8.5 % en su lado este y el lado oeste con 18.3 % en el 2010.⁴ El primer estudio extenso, aleatorizado y basado en las comunidades de países orientales utilizó el cuestionario Mayo y encontró una prevalencia del 6.5 % en China, 16.5 % en Japón y en India 7.1 %, Corea presentó 8.5 % y Singapur 10.5 %.^{11,12}

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es más común en los países árabes que en el resto de Asia, con una notable tendencia al aumento en la prevalencia de la enfermedad en Irán en las últimas décadas, éste es un país como Turquía con múltiples variaciones en su población y por ello, un estudio tomó en cuenta tres de sus ciudades más representativas Teherán, Mashhad y Kaleh en las cuales encontraron una prevalencia del 21.2, 18.2 y 12.3 % respectivamente.¹²

Se estima que en el mundo occidental la prevalencia del ERGE varía entre 10 y 25 %³ en múltiples estudios epidemiológicos la prevalencia semanal de reflujo en países desarrollados tiene un rango de 10 a 48 %, reportan que en los Estados Unidos 44 % de sus personas experimentan síntomas una vez al mes, 20 % una vez a la semana y 7 % los tienen a diario.¹¹

Por la información de América y Europa se demuestra que la mayor prevalencia de ERGE se encuentra en los países del norte, estos estudios revelaron una alta prevalencia en Estados Unidos, Noruega y Suecia de 26.2, 26 y 25.9 % respectivamente, en Estados Unidos se sub dividió la prevalencia según la raza de sus habitantes, encontrando el mayor porcentaje en hispanos con 38 %, 30 % en caucásicos, 22 % en africanos y 14.7 % en asiáticos.

Un estudio de 1996 reportó que la incidencia para Estados Unidos eran 4.5 casos por mil habitantes, muy parecida a la de Reino Unido que eran 5.4 nuevos casos por cada mil habitantes para el mismo año. Canadá tomó esas cifras y en base a su población de 34 millones esperan alrededor de 170 mil personas diagnosticadas por primera vez con ERGE al año, remarcando que en la prevalencia el pico de distribución se encuentra en pacientes de 60 a 70 años, indicando que la enfermedad está fuertemente ligada a la edad de las personas en países desarrollados.¹³

En 2011 una revisión sistemática de 8 estudios poblacionales sobre ERGE reveló que la prevalencia era de 11.9 a 31.3 % en la población latinoamericana, de ellos encontró un estudio en Brasil que reportó 12 % de prevalencia y en México dos estudios, uno en estudiantes universitarios y otro en personas de la tercera edad que reportaron síntomas de pirosis o regurgitación una vez a la semana con una prevalencia del 35 % y 25 % respectivamente, concluyendo que la prevalencia en Latinoamérica, al parecer, se encuentra al mismo nivel que

Europa y más elevada que Asia, sin embargo, los datos poblacionales son escasos y en la actualidad aún hacen falta más estudios epidemiológicos para poder definir la prevalencia de ERGE en la región.^{6,14} En Argentina un estudio poblacional mediante un cuestionario de auto informe validado reveló la prevalencia de pirosis y/o regurgitación al menos una vez a la semana de 23 % en las personas estudiadas.² Recientemente en 2016, un estudio observacional de corte transversal en Colombia investigó la prevalencia de síntomas de reflujo de acuerdo al cuestionario GERD-Q en sus cuatro ciudades principales, donde encontraron una prevalencia general del 11.9 % siendo Barranquilla la ciudad con la cifra más alta 16.22 %, seguida de Medellín 14.06 %, Cali 11.6 % y Bogotá 10.75 %.^{7,15}

En el 2017 se realizó un metaanálisis donde se estudió la prevalencia de la ERGE, dando a conocer que su prevalencia corresponde al 13.3 % a nivel mundial variando según la ubicación geográfica de la población de estudio. La menor prevalencia se encuentra en el sudeste asiático con un 7.4 %, mientras que, en Europa, el porcentaje es del 17.1 %.¹

La ERGE puede durar hasta 18 años, se estima que 34 al 41 % de pacientes experimentan síntomas por más de 10 años antes de tener el diagnóstico. Una serie de casos de 1999 a 2005 se observó un aumento de la incidencia en pacientes pediátricos de 3.4 a 12.3 de estos pacientes la mayoría resuelve su cuadro dentro de pocos meses o años después del nacimiento, en ellos no se recomienda la cirugía ya que la terapia con inhibidores de bomba de protones es muy bien tolerada.¹³

1.4. Fisiopatología

La base fisiopatológica de la ERGE es la existencia de reflujo gastro esofágico (RGE). En términos generales, las manifestaciones clínicas y la inflamación esofágica son el resultado de la interacción de diversos factores: exposición esofágica al material refluído, resistencia de la mucosa y sensibilidad esofágica. Debe señalarse que es normal cierto grado de reflujo gastroesofágico, el cual guarda relación fisiológica con el mecanismo del eructo, pero la esofagitis proviene del reflujo excesivo que muchas veces tiene que ver con que el jugo gástrico que refluye no se elimina bien.^{16, 17}

1.4.1. Incompetencia de los mecanismos antirreflujo

La fisiopatología del RGE es multifactorial. Normalmente, la unión esofagogástrica crea una barrera antirreflujo por medio de la acción sinérgica de varios factores: el ángulo de Hiss, que permite que el material que refluye se esparza por el fondo gástrico, el esfínter esofágico inferior

(EEI) que crea una zona de alta presión que dificulta el paso del material a este nivel, y los pilares diafragmáticos que funcionan como un refuerzo muscular externo sobre esta zona. Al alterarse cualquiera de estos mecanismos puede producirse la incontinencia de la unión gastroesofágica y facilitar así el paso del contenido gástrico al esófago.^{16, 18}

El RGE puede producirse en varias situaciones:

1.4.1.1. Relajación transitoria del EEI

Es el mecanismo que provoca con más frecuencia incompetencia del EEI. Estas relajaciones transitorias se dan de manera espontánea y no tienen relación con la deglución, normalmente suceden en un esfínter que mantiene normal la presión basal.^{16, 19}

1.4.1.2. Hipotonía del EEI

Se produce cuando la presión en reposo del EEI es anormalmente baja, inferior a 8 mmHg (esfínter hipotenso), lo que favorece el paso libre del contenido del estómago hacia el esófago.¹⁶

1.4.1.3. Aumento de la presión intraabdominal

Los aumentos de presión intraabdominal pueden exceder la presión de la unión esofagogástrica y favorecer el RGE. Este mecanismo es importante en personas con obesidad e individuos que realicen movimiento que conlleven un incremento de la presión intraabdominal, como agacharse o levantar pesas.^{16, 19}

1.4.2. Alteración en el aclaramiento esofágico

El aclaramiento esofágico es la capacidad del esófago para vaciar de forma rápida y completa el contenido gástrico refluído, es un mecanismo defensivo cuya alteración determina mayor gravedad del RGE.¹⁶

En éste participan tres factores principales:

- La acción de la gravedad que favorece la limpieza esofágica, de forma que el aclaramiento es más eficaz en bipedestación que en decúbito.
- La salivación con su capacidad de arrastre y de taponamiento. La saliva contiene bicarbonato, que neutraliza el ácido refluído en el esófago, y factores de crecimiento que favorecen la reparación y defensa de la mucosa.
- La actividad motora normal de esófago (peristalsis), propulsa el contenido del esófago promoviendo el vaciamiento del material gástrico refluído. La peristalsis está inducida por mecanorreceptores situados en la pared esofágica que, al ser estimulados por el material refluído, provocan contracciones que ocluyen de forma anterógrada la luz esofágica. Esto

se denomina peristalsis secundaria, que, a diferencia de la peristalsis primaria, no se relaciona con la deglución. Se considera que la peristalsis está alterada cuando las ondas de presión esofágicas medidas mediante manometría esofágica son inferiores a 30 mmHg.^{19,20}

Una vez que se produce el reflujo gastroesofágico, el retraso del aclaramiento esofágico es uno de los determinantes de su gravedad ya que origina una mayor exposición de la mucosa esofágica al ácido. Esta mayor exposición también se correlaciona con la gravedad de la esofagitis y la presencia de esófago de Barret.^{16, 17}

1.4.3. Composición y volumen del contenido gástrico

El jugo gástrico está compuesto por una mezcla de ácido, enzimas digestivas y bilis, dichos componentes pueden llegar a dañar el epitelio de la mucosa esofágica. Sin embargo, la causa principal de esofagitis y los síntomas de reflujo es la secreción ácida.

La secreción de ácido clorhídrico provoca que el contenido gástrico sea muy ácido en condiciones basales. No obstante, al mezclar las secreciones gástricas con los alimentos se produce un efecto amortiguador que neutraliza parcialmente la acidez del estómago. A pesar de ello, existen pacientes que presentan episodios de reflujo postprandial. Estudios han demostrado la existencia de una pequeña cámara ácida llamada *acid pocket* (bolsillo ácido) por encima del bolo alimenticio que se observa tanto en personas sanas como con ERGE, pero en estos últimos tiene un tamaño superior y se encuentra más próxima al EEI.

La presencia conjunta de ácido y pepsina favorecen la lesión de la mucosa esofágica, debido a que esta última posee un efecto mayor en un medio ácido, ya que, normalmente se inactiva en pH entre 4 y 7.^{19,20}

En condiciones normales no debería existir reflujo de bilis en el estómago, sin embargo, éste puede aparecer cuando existe dismotilidad antro duodenal por lo que podría existir bilis en el contenido del reflujo gástrico. Es importante señalar que, en pacientes que se encuentren en tratamiento con fármacos para eliminar el ácido, la bilis puede mantenerse en el líquido que refluye. La bilis atraviesa la membrana celular y causa lesión celular grave en un entorno ácido débil y también está implicada en la patogenia de la metaplasia de Barret y el adenocarcinoma.^{17,19}

1.4.4. Alteración de la resistencia mucosa esofágica

El desarrollo de lesiones esofágicas por reflujo depende de la resistencia propia de la mucosa para tolerar los factores agresivos. Esta resistencia es brindada por tres mecanismos endógenos de la mucosa esofágica:

- Barrera pre-epitelial: se refiere a saliva y el moco que neutralizan el ácido, sin embargo, esta función es limitada debido a la alta carga de ácido clorhídrico en el material refluído.
- Epitelio escamoso estratificado: la membrana apical y las uniones estrechas intercelulares, se encargan de bloquear el paso del ácido clorhídrico y otros agentes dañinos al intersticio. Después de la exposición al ácido pueden observarse dilataciones en los espacios intercelulares, perturbando la integridad de la mucosa. Esto se asocia a la sensibilidad de la perfusión de ácido y al desarrollo de los síntomas de ERGE.
- Defensa postepitelial: se refiere al flujo sanguíneo que se inicia en la membrana basal celular. Esta red capilar compone una vía de eliminación de materiales nocivos que provee a la célula de oxígeno, células inflamatorias y fagocíticas.

Al alterarse alguno de estos mecanismos de defensa por el material refluído, inicia la aparición de cambios microscópicos en la mucosa esofágica, que luego se convierten en lesiones macroscópicas.^{17, 19}

1.4.5. Aumento de la sensibilidad visceral

La percepción de los síntomas de ERGE es variable, esto se debe a diversos factores que afectan la sensibilidad visceral del esófago: mayor descenso del pH, un mayor alcance proximal del material refluído, un mayor volumen de material refluído y un mayor tiempo de aclaramiento esofágico.

Se ha observado que el ácido y la pepsina de origen gástrico producen la activación de las terminales sensoriales esofágicas, produciendo la sensibilización de las interneuronas localizadas en la médula espinal, reduciendo su umbral de excitación y haciéndolas más propensas a activarse con estímulos generados tanto en el esófago como en áreas adyacentes. Por otra parte, la hiposensibilidad esofágica está relacionada con el esófago de Barret.

Estudios han demostrado que estimulación de los mecanorreceptores en la mucosa también pueden producir un aumento en la percepción de los síntomas.

La sensibilidad esofágica está determinada por la intensidad de la activación de los receptores sensoriales tanto químicos como mecánicos. Los mecanismos de procesamiento por

el sistema nervioso central (SNC) pueden ampliar o suprimir la señal aferente, y por tal razón se ven implicados en la patogénesis de la hipersensibilidad esofágica.

El procesamiento de la señal aferente en el SNC puede verse modificada por factores como el estrés, la ansiedad o alteraciones de la personalidad lo que ocasiona una exacerbación de los síntomas en los pacientes que con ERGE que presentan estas comorbilidades psicológicas.^{19, 20}

1.5. Características clínicas

1.5.1. Signos y síntomas

En 2006 la definición y clasificación de Montreal establece dos grupos principales para la enfermedad por reflujo gastroesofágico: síndromes esofágicos y síndromes extraesofágicos, basándose en la afectación esofágica, la evidencia de lesión en la mucosa y la existencia de una asociación del síntoma establecida o sólo propuesta con el reflujo.

La ERGE es una patología crónica caracterizada por dos síntomas principales: pirosis y regurgitación, su origen se basa en la estimulación de los receptores químicos submucosos por el ácido. También pueden presentarse síntomas extra esofágicos como: tos crónica, laringitis, asma y erosiones dentales con o sin referencia de síntomas principales, llegando a dificultar su diagnóstico y generando gran controversia a través de los últimos años entre gastroenterólogos y otorrinolaringólogos.²¹

1.5.2. Síndromes esofágicos

1.5.2.1 Síndrome típico

La pirosis ha sido identificada como el síntoma principal del ERGE se identifica como una sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal, la cual puede ascender hacia la garganta y provocar un sabor ácido en la boca. Es capaz de limitar actividades diarias, productividad laboral, calidad del sueño y de vida relacionada a la salud de quienes lo padecen. Según Seo SI et al, de los pacientes con ERGE un 66.9 % presenta pirosis y un 57.6 % regurgitación.^{22, 23}

La regurgitación ácida o de alimentos se presenta como retorno sin esfuerzo alguno de líquido ácido o agrio y/o contenido gástrico a la boca o parte posterior de la garganta, sin que se produzcan náuseas o arcadas. Además, los pacientes pueden asociar otros síntomas como la sensación de nudo en la garganta, el cual se cree es provocado por el aumento de tono en el esfínter esofágico superior en respuesta al contacto de la hipofaringe con el ácido.

Los síntomas disminuyen o cesan cuando la persona bebe agua o ingiere algún antiácido, son intermitentes y pueden aumentar en situaciones, como: embarazo, obesidad abdominal, período postprandial inmediato, al realizar ejercicio y en posición decúbito supino.²³

1.5.2.2. Síndrome de dolor torácico por reflujo

El dolor torácico no cardíaco se caracteriza por dolor recurrente retroesternal, similar a una angina inclusive llegando a irradiarse a espalda, brazo y mandíbula, cualquier paciente que refiera este tipo de dolor debe descartarse el origen cardíaco. Una vez descartada la patología cardíaca, se debe profundizar en una patología de origen esofágico, que han demostrado ser el 80 % de la causa de dolor torácico no cardíaco. Se identifica a la ERGE como la causa principal del dolor torácico de origen no cardíaco, alrededor del 50 % de los pacientes que presentan este dolor tienen exposición esofágica al ácido al realizarles pH metría. Además, se ha demostrado que un 60 a 90 % la presencia de síntomas típicos de ERGE en paciente con dolor torácico.²⁴

1.5.2.3. Otros síntomas típicos

Odinofagia: dolor que se presenta o aumenta durante la deglución de alimentos o líquidos, puede estar acompañada de disfagia. Es un síntoma poco común de ERGE sin embargo cuando se relaciona pueda existir ulcera esofágica, erosión profunda y puede representar indicios de estenosis esofágica.

Sensación de distensión: el paciente puede percibir una sensación de plenitud o la presencia de una protuberancia en la garganta, normalmente se alivia al deglutir.

Acidez gástrica: es la presencia de salivación excesiva, los pacientes pueden percibir un llenado rápido de la boca con un líquido acuoso salado. Es provocada por irritación vagal debido a la acidificación de la mucosa esofágica. No es un síntoma muy común.¹⁷

1.5.3. Síndrome con lesión esofágica

1.5.3.1 Esofagitis crónica por reflujo

Se define como la presencia de lesiones en la mucosa esofágica debido a la exposición prolongada al ácido gástrico, entre sus complicaciones están hemorragia y estenosis. Se realiza el diagnóstico por endoscopia.²³

1.5.3.2. Esófago de Barret

Se produce una metaplasia del epitelio normal escamoso del esófago debido a la exposición constante al ácido, se visualiza por endoscopia y se confirma con la toma de biopsia. Se considera una etapa premaligna debido a su potencial degenerativo y riesgo de transformación

a adenocarcinoma del 0.5 a 1 % al año. El principal factor de riesgo para desarrollar esófago de Barret es ERGE crónico.²³

1.5.3.3. Adenocarcinoma de esófago (ACE)

La ERGE es identificada como principal factor de riesgo para desarrollar adenocarcinoma de esófago y se relaciona altamente con el tiempo e intensidad de padecimiento de sintomatología típica. Para 2013 en Estados Unidos representó el 50 % de los cánceres esofágicos con 8,000 casos.¹⁷

1.5.4. Síndromes extraesofágicos o atípicos

Los mecanismos por los cuales estos síntomas pueden manifestarse con la regurgitación del contenido ácido que irrita la mucosa de la orofaringe y tracto aéreo o el contacto con estructuras mediadas por un reflejo vagovagal en donde el reflujo activa los nervios aferentes esofágicos desencadenando así reflejos como broncoespasmos, tos y arritmias. Según varios autores los síntomas extraesofágicos son clasificados en dos grupos: los que muestran asociación establecida con ERGE y los que solamente presentan una asociación propuesta como: faringitis, sinusitis, arritmias, apneas del sueño, fibrosis pulmonar y neumonías por aspiración. Se cree que en muchos de estos casos las patologías coexisten por compartir fisiopatología, pero no una relación causal. Se describen a continuación los síntomas relacionados directamente con ERGE.¹⁷

1.5.4.1. Tos

Se consideran tres causas importantes para pacientes con tos crónica siendo estas: asma, goteo retrorinal y ERGE. El reflejo de la tos puede producirse por micro o macro aspiraciones de ácido las cuales causan irritación al nervio vago. También se considera que, durante los episodios de tos, la presión intraabdominal aumenta provocando la salida del reflujo gastroesofágico, al sobrepasar la presión ejercida por el esfínter esofágico inferior.

Se ha encontrado que el 63 % de los pacientes que presentan tos asociada a reflujo si presentan síntomas típicos de ERGE. Por lo que para el resto de pacientes el diagnóstico y tratamiento se dificulta. La terapia con Inhibidores de bomba de protones, especialmente omeprazol, ha mejorado los síntomas de un 56 % de los pacientes que presentan tos y síntomas típicos, se deben buscar otras causas de la tos en pacientes que no mejoran con este tratamiento.²⁵

1.5.4.2. Laringitis por reflujo

Se observa una inflamación de la laringe y el paciente refiere los síntomas como dificultad para hablar, nudo en la garganta, necesidad de aclarar la voz, pirosis y algunos otros por un tiempo prolongado. Los métodos diagnósticos utilizados son la laringoscopia y la pH-metría por veinticuatro horas. El uso de inhibidores de la bomba de protones no ha demostrado disminuir los síntomas en pacientes con laringitis.²⁵

1.5.4.3. Asma por reflujo

Se ha demostrado a través de un estudio con pH metría de 24 horas que hasta un 80 % de pacientes diagnosticados con asma padecen de ERGE y la mayoría de estos presentan los síntomas típicos. Los pacientes asmáticos pueden presentar un aumento en el reflejo tusígeno ante la irritación de la vía respiratoria por diversos estímulos. Se considera que las micro aspiraciones causan bronconstricciones exacerbando los accesos de tos, otro mecanismo asociado es la variación de la presión abdomino-torácica durante la respiración forzada, descenso diafragmático e hiperinflación torácica que las crisis asmáticas. Actualmente se sugiere el tratamiento con medicamentos supresores del ácido gástrico en pacientes con ambas patologías y sintomatología nocturna, sin embargo, no ha mejorado la sintomatología diurna.²⁵

1.5.4.4. Erosión dental

La exposición al ácido, ya sea intrínseco o extrínseco, ocasiona la pérdida de la estructura dental. Se ha determinado una prevalencia de ERGE del 32 % en pacientes que presentan erosiones dentales. Al inicio las lesiones son leves por lo que se recomienda evaluaciones continuas y tratamiento preventivo para evitar su evolución y afectación sobre la calidad de vida en salud del paciente.²¹

1.6. Pruebas diagnosticas

1.6.1 No invasivas

1.6.1.1 Prueba terapéutica

Es una prueba económica, rápida y sencilla considerada como la primera prueba a realizar. Consiste administración del inhibidor de la bomba de protones (IBP) por ocho semanas, a dosis dobles. Un estudio multicéntrico involucró 544 pacientes con síntomas típicos de ERGE quienes tomaron durante al menos 15 días omeprazol 20 mg dos veces al día, donde el 90 % de ellos tuvo mejoría clínica al reducir la severidad de sus síntomas, prueba positiva para IBP,

concluyendo que la prueba de inhibidores de bomba de protones a dosis dobles por un periodo de tiempo corto tiene una alta sensibilidad diagnostica (92-99 %) pero baja especificidad (36 %).²⁶

1.6.1.2. Cuestionario de síntomas

Son herramientas clínicas prácticas que pueden ser utilizadas por los mismos pacientes o guiadas por el médico de cabecera y/o gastroenterólogo. Se utilizan mayormente dos cuestionarios que evalúan síntomas específicos de ERGE y han sido traducidos al español: *Reflux Disease Questionnaire* (RDQ) y el *Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire* (GERDQ).

El sistema de cuestionarios específicos posee una sensibilidad y especificidad baja, sin embargo, pueden utilizarse complementariamente con la prueba terapéutica para identificar la frecuencia e intensidad de los síntomas y los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento. Fueron utilizados en el estudio multicéntrico mencionado anteriormente para clasificar la intensidad de los síntomas de los pacientes en cada día de tratamiento, identificando una disminución en el puntaje de pirosis en un 75 % de los pacientes.²⁶

1.6.2. Invasivas

1.6.2.1. Endoscopía convencional

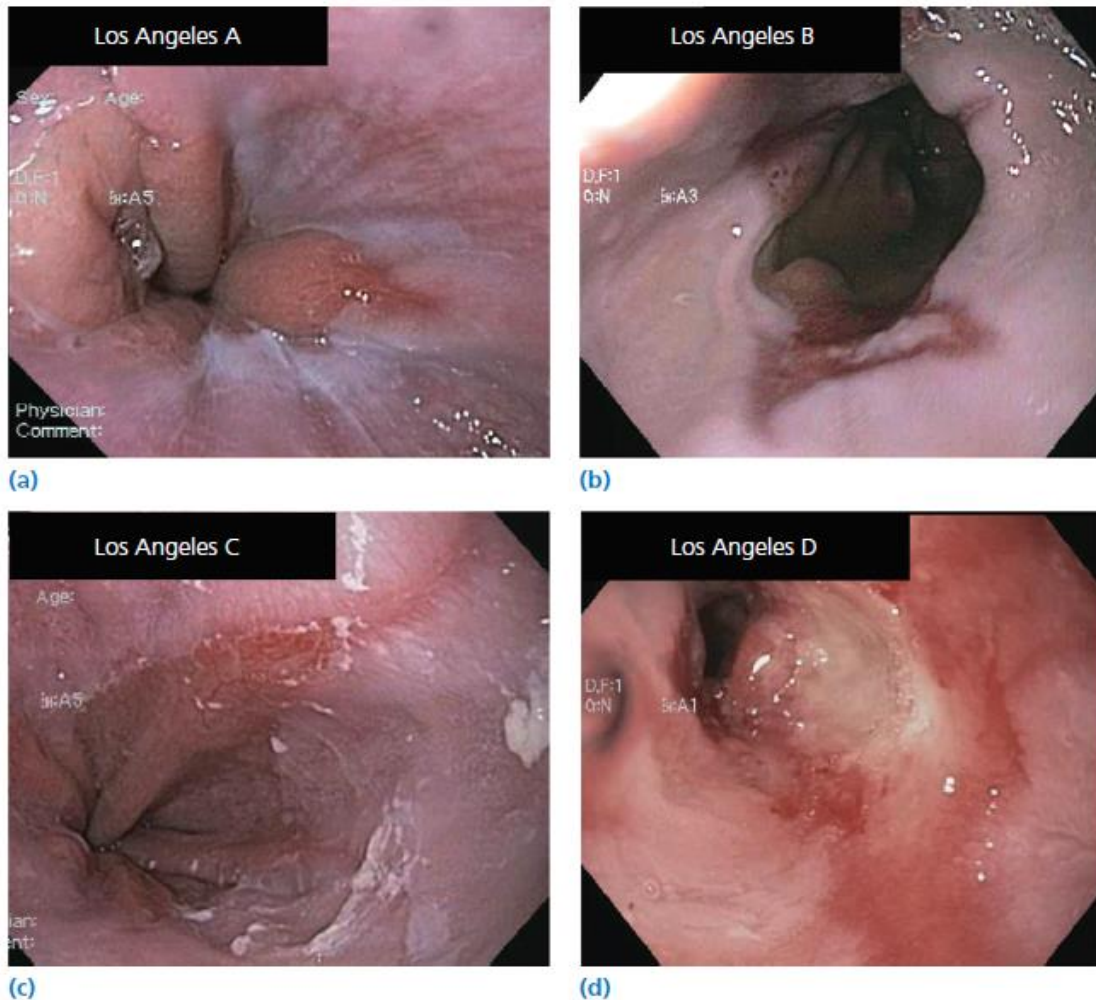
Se lleva a cabo cuando los pacientes sintomáticos no responden a la terapia con IBP, sirve para determinar la presencia de complicaciones de la ERGE y a detectar posibles diagnósticos alternativos que pueden redireccionar la terapia.

En la figura 1.1 se muestra la clasificación de Los Ángeles para esofagitis, que se realiza por endoscopía. La esofagitis es clasificada en cuatro grados. El grado A presenta una o más rupturas de la mucosa, menores a 5 mm y confinados a los pliegues mucosos. El grado B presenta al menos una ruptura de la mucosa mayor a 5 mm, y está confinada a los pliegues mucosos y no muestra continuidad entre éstos. En el grado C se evidencian rupturas de la mucosa continuas entre los límites de dos pliegues mucosos, pero no es circunferencial. Por último, el grado D se caracteriza por extensas lesiones de la mucosa que afectan al menos 75 % de la circunferencia esofágica.⁷

La presencia de esofagitis de alto grado (grado C o D de la clasificación de los Ángeles), es confirmatoria para enfermedad por reflujo gastroesofágico y es una indicación absoluta para realizar una biopsia. De cualquier forma, la esofagitis se encuentra solo en el 30 % de los pacientes con terapia con IBP, las lesiones de grado A no son específicas y se encuentran sólo en el 7.5 % de los controles asintomáticos, las lesiones de grado B proveen una evidencia

adecuada para iniciar el manejo médico para ERGE y en esos casos se recomienda el uso adicional de pH-metría. El esófago de Barret se observa en 5 % de los pacientes con reflujo crónico pero la confirmación histológica se documenta solamente en el 50 % de ellos.^{27, 28}

Figura 1.1. Clasificación de Los Ángeles



Fuente: imagen tomada con autorización de Román S, Pandolfino J, Kahrilas P. Gastroesophageal reflux disease. En: Podolsky D. Yamada's textbook of Gastroenterology. 6 ed. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2015. p. 918.

1.6.2.2. Medición del pH esofágico (pH-Metría)

Es la evaluación continua del pH esofágico, se desarrolló en la década de los noventa y por mucho tiempo fue la mejor técnica para el diagnóstico de ERGE, la medición se realiza colocando un catéter trans nasal hacia el esófago fijado a 5 cm del esfínter esofágico inferior por

24 horas o mediante una capsula inalámbrica (sistema Bravo) que se fija a 5 cm del esfínter esofágico a través de endoscopia para medir los niveles del pH por 48 a 72 horas y posteriormente es expulsado vía fecal.²⁸ Ambos dispositivos registran el tiempo de exposición esofágica al ácido y el número de episodios de reflujo, el estudio se puede realizar mientras el paciente toma IBP, sin embargo se recomienda que se lleve a cabo la medición fuera de la terapia.

El consenso de Lyon considera normal (fisiológico) el porcentaje del tiempo de exposición al ácido menor a 4 % en 24 horas y definitivamente anormal cuando es mayor a 6 %, según el número de episodios de reflujo, menos de 40 episodios en 24 horas son considerados normales y más de 80 episodios son anormales, determinando que los valores entre ambos límites son inconclusos.²⁷

1.6.2.3. Impedancia intraluminal multicanal y pH-metría (IIM-pH)

Es una tecnología relativamente moderna que además de las mediciones de la pH-metría detecta el movimiento intraluminal del bolo alimenticio, detecta los tipos de reflujo según su acidez (ácido, ácido débil y alcalino débil) y su composición (líquido, gas y compuesto). El estudio se lleva a cabo con catéter transnasal que a través de electrodos y un medidor de pH colocados a 5 cm del esfínter esofágico inferior miden la impedancia (resistencia eléctrica) de los tejidos, para registrar el aumento o disminución que produce el paso de aire, comida o reflujo. Según la acidez y composición de reflujo, la medición de impedancia puede detectar reflujo ácido o alcalino débil que no es registrado con la pH-metría, su uso está indicado cuando los resultados de ésta son inconclusos, por lo que se considera como el estándar de oro para diagnóstico de ERGE.^{27, 29,30}

Teniendo un panorama general de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se presenta en el siguiente capítulo los factores de riesgo que más se relacionan a dicha enfermedad y afectan la calidad de vida de los pacientes.

CAPÍTULO 2. FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

SUMARIO

- Factores personales y demográficos
- Obesidad
- Factores dietéticos
- Tabaco y alcohol
- Medicamentos
- Ejercicio físico
- Hernia hiatal
- Helicobacter pylori

En este capítulo se describen los factores de riesgo más importantes que pueden predisponer a enfermedad por reflujo gastroesofágico, que incluyen factores personales, demográficos, la obesidad, el consumo de ciertos alimentos en la dieta, así como la ingesta de alcohol y tabaco, uso de medicamentos, el ejercicio físico, hernia hiatal y el Helicobacter pylori.

2.1 Factores personales y demográficos

La prevalencia de ERGE es levemente mayor en mujeres, 16.7 %, en comparación con los hombres, 14.4 %, sin embargo, esta diferencia es mínima, por lo cual se considera que afecta a ambos sexos de forma similar. Como se expuso anteriormente, la prevalencia de ERGE varía considerablemente según la ubicación geográfica. Esta enfermedad se presenta más comúnmente en mayores de 50 años, personas con un nivel socioeconómico bajo y un menor nivel educativo.¹

2.2 Obesidad

Diversos estudios señalan que la obesidad (IMC $>30 \text{ kg/m}^2$) y el sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m^2) tienen relación con la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se evidencia que la prevalencia de ERGE en personas con obesidad es mayor que en personas no obesas, con una prevalencia de 22.1 % y 14.2 % respectivamente.¹

Se ha observado que la prevalencia de la obesidad va en aumento en paralelo con ERGE. Se piensa que el mecanismo por el cual la obesidad favorece la aparición de ERGE se debe al

aumento de la grasa visceral, que causa un aumento de la circunferencia abdominal. Esto resulta en un aumento de la presión intraabdominal lo que a su vez promueve la ERGE, al producirse un aumento de la presión intragástrica. Además, en las personas con obesidad existen otros factores importantes para el desarrollo de ERGE como lo son las anomalías en el peristaltismo esofágico.^{31, 32}

2.3. Factores dietéticos

Por la composición de algunos alimentos se ha estimado que pueden causar irritabilidad a las paredes del tracto digestivo o aumentar la secreción de ácido gástrico que a partir de ahí se les vincula como factores de riesgo que predisponen al reflujo gastroesofágico y por ello alterar la calidad de vida de las personas que lo padecen.

En Arabia Saudita encuestaron a 2043 personas con ERGE para determinar sus factores de riesgo, respecto a su dieta encontraron que la bebida más ingerida era el té con una prevalencia del 34.3 % entre los sujetos de estudio, seguido por café con 33.9 %, bebidas gaseosas con 18.6 %, jugos cítricos 8.5 % y bebidas con menta piperita 4.7 %, la mitad de participantes comían regularmente tres comidas al día, el 33 % hacia menos de tres comidas al día y el 16.9 % hacia más de tres comidas. Los tipos de comida más frecuentemente consumida eran grasas 54 %, picante 25.6 % chocolate 13.8 % y tomates 6.7 %, la ingesta de fibra, comida rápida y salada fue 79.6 %, 42 % y 67 % respectivamente. Tras el análisis estadístico no encontraron diferencia significativa entre el número de comidas al día y el consumo de alimentos salados como causantes de ERGE.³³

El rol causal de comidas o bebidas particulares en la etiología de la regurgitación permanece incierto, sin embargo, en el estudio del ERGE se encontró que es más prevalente en las personas que toman té, aun cuando este es té verde ya que se ha observado como un factor asociado al reflujo, para el café no se ha determinado una asociación establecida con el reflujo gastroesofágico ya que algunos estudios dicen que aumenta la sintomatología y otros dicen lo contrario, en cambio la comida rápida y frita si se ha asociado de forma significativa al reflujo cuando se consume de forma regular.

La comida con alto contenido de fibra como frutas y vegetales se asocia con disminución de la prevalencia y sintomatología del ERGE ya que han encontrado que disminuye la producción de ácidos gástricos y por ello se estima que podrían actuar como factor de protección, en base a lo hallado en el estudio la prevalencia de reflujo es mayor en las personas que no consumen fibra de forma regular.³³

En Taiwán estudiaron los factores de riesgo y calidad de vida en pacientes que padecían ERGE, ERGE más dispepsia funcional y ERGE más úlcera péptica, encontraron que los principales factores de riesgo modificables, dejando de lado el IMC, eran el consumo de té, café y alcohol, su consumo tuvo una prevalencia del 45 %, 36 % y 26 % respectivamente, midieron la calidad de vida a través del cuestionario SF-36 y obtuvieron que los pacientes con ERGE tenían los punteos de salud física y mental más altos de los tres grupos, mientras que quienes padecían ERGE más úlcera péptica tuvieron los puntajes más bajos, siempre teniendo en cuenta que todos los grupos tenían un punteo de calidad de vida menor al que presentan las personas sanas.³⁴

2.4. Tabaco y alcohol

Son sustancias que causan adicción, cuyo consumo se asume como factor de riesgo para enfermedades agudas y crónicas por daños al organismo, además la ingesta en exceso del alcohol puede causar intoxicación al ser humano. Existe una significativa asociación entre fumar y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, la cual se ha identificado en estudios previos como un factor de riesgo para ERGE y este riesgo se incrementa significativamente entre individuos que han fumado a diario por 20 años, además se ha documentado que existe un incremento del reflujo mientras se fuma y en los siguientes minutos al dejar de fumar.³³

Un estudio en Corea del Sur sobre diferencias de prevalencia y factores de riesgo para ERGE por sexo mostro que fumar de forma activa tiene un OR de 1.85 y haber fumado con anterioridad de 1.49 en hombres, mientras que las mujeres que fuman actualmente presentan un OR de 1.97 y si lo hizo en el pasado de 1.59, también observaron que la ingesta excesiva del alcohol presenta un OR de 2.22 en hombres y 1.53 en mujeres.

Antiguamente por roles de género y estereotipos se estimaba que el consumo de alcohol y tabaco eran un comportamiento masculino, por ello el consumo de estas sustancias se creía que solamente afectaba a los hombres. Sin embargo, descubrieron que en realidad fumar de forma activa aumenta los OR de mujeres en mayor medida que a los hombres, también observaron que el consumo excesivo de alcohol en hombres fue un factor de riesgo significativo para ERGE sintomático.³⁵

Un grupo de médicos japoneses estudiaron en una clínica para dejar de fumar a 949 pacientes con ERGE que tomaban Vareniclina por un año, hicieron una medición que usaron como referencia de la calidad de vida con el cuestionario SF-8 al inicio del estudio y al año del tratamiento. Doce meses después de la primer visita solo 191 personas se incluyeron en el

análisis final, estas divididas en dos grupos, 141 personas que dejaron de fumar (grupo de éxito) y 50 personas que no lo lograron (grupo de fracaso).

Observaron que ambos grupos tuvieron una mejora, pero ésta fue más evidente en el grupo de éxito (43.9 % pacientes) que en el grupo de fracaso (18.2 % pacientes), luego de dejar de fumar, múltiples áreas de la calidad de vida mejoraron en el grupo de éxito (salud general, vitalidad y salud mental) aunque no hubo mejoras significativas en la calidad de vida de los pacientes del grupo de fracaso, la sumatoria del componente de salud mental solamente mejoro en el grupo de éxito pero la sumatoria del componente de salud física no lo hizo. Esto demostró que dejar de fumar con Vareniclina se asocia a la disminución de prevalencia de ERGE, reduce la frecuencia de los síntomas de reflujo y mejora la calidad de vida relacionada a la salud.³⁶

2.5. Medicamentos

Múltiples fármacos se han reportado como promotores de ERGE usualmente porque han sido reportados como moduladores del esfínter esofágico inferior. Un estudio transversal en Arabia Saudita encuestó los factores de riesgo para ERGE en sus habitantes, se tomaron en cuenta a 2043 participantes a quienes dieron un cuestionario de dos partes, la primera con preguntas sobre características, comportamientos, factores de riesgo y estilo de vida relacionado a ERGE y el segundo con el cuestionario GERDQ, que se utiliza como herramienta diagnóstica para ERGE.

De los participantes estudiados 38.4 % refirió ser usuario de analgésicos, 18.4 % refería usar analgésicos de forma regular 13.5 % de ellos AINES, 51.9 % paracetamol y 3.1 % otros tipos de analgésicos no especificados, además observaron una relación positiva estadísticamente significativa entre AINES 30.9 % y paracetamol 30.4 %. Además, identificaron que los síntomas de reflujo mejoraban con inhibidores de bomba en el 53.5 % de los pacientes, implicando de hecho que su calidad de vida se ve afectada por ERGE.³³

Un estudio africano, realizado en Nigeria cuya prevalencia de ERGE es 7.6 % encontró que el 3 % de esta ellos tienen una menor calidad de vida que el resto de población sana, además donde el IMC medio de la población estudiada fue de 24.2, obtuvieron en la regresión multivariada que los factores de riesgo significantes fueron la edad, uso de analgésicos y uso de hierbas y aunque sus efectos fueron modestos el hallazgo es importante porque el dolor es una de las causas más comunes para buscar atención médica. En África la auto medicación es desenfrenada y se estima que el 70 % de las personas usan analgésicos de varios tipos sin

prescripción, particularmente AINES y esto es un serio problema ya que este grupo de medicamentos se ha reportado como causante de ERGE.

El uso de hierbas como factor de riesgo significativo es importante porque el uso de medicina holística es una práctica longeva en África, además que el alcohol frecuentemente es agregado a estas medicinas herbales. Además la presencia de ERGE en personas de edad avanzadas se acompaña de otras comorbilidades como disminución de la motilidad esofágica, disminución de secreción salival y de bicarbonato, debilidad del diafragma, diabetes mellitus y enfermedad de Parkinson por ello entre las medicaciones de estas personas frecuentemente se encuentran nitratos, bloqueadores de los canales de calcio, teofilina, anticolinérgicos, morfina o benzodiacepinas, que se han asociado con disminución del tono del esfínter esofágico inferior y alteración de los mecanismos protectores de la mucosa contra el reflujo.^{6,37}

2.6. Ejercicio físico

Los síntomas de ERGE pueden ser comunes durante la realización de ejercicio físico, éste se da como consecuencia de alteraciones fisiológicas que ocurren en la función esofágica, produciendo mayor exposición al ácido y reducción del aclaramiento esofágico. La aparición de los síntomas se ven favorecidos por el aumento de la presión intragástrica, la alteración de la barrera gastroesofágica y la disminución de la contractilidad esofágica que ocurren durante el ejercicio.³⁸

2.7. Hernia hiatal

La presencia de hernia hiatal se asocia a ERGE, mayor frecuencia de reflujo en supino y lesión de la mucosa esofágica. Los mecanismos que favorecen la aparición de los síntomas son disminución de la presión en el esfínter esofágico inferior y relajación de este mismo, y la hernia hiatal aumenta el reservorio para la formación de bolsillos de ácido gástrico, estos últimos se definen como una acumulación del ácido gástrico en el fundus que se sitúa sobre los alimentos para su digestión. Diferentes estudios han comprobado que los pacientes con hernias hiales tienen bolsillos ácidos más largos provocando así mayor riesgo de reflujo gastroesofágico.

Vadar et al en su estudio *Efecto del alginato en pacientes con ERGE*, hernia hiatal importa comparan el resultado que tuvieron ante el alginato los pacientes con ERGE, se utilizaron dos grupos uno con hernia hiatal y otro sin hernia hiatal, para ambos grupos el alginato tuvo el mismo

efecto al suprimir el ácido gástrico solo durante la primera hora después de ingerirlo. Durante la segunda hora sólo mantuvo su efecto en pacientes sin hernia hiatal.³⁸

2.8. Helicobacter pylori

Helicobacter pylori (*H. pylori*) es una bacteria con una sola espiral y flagelos que ha colonizado la mucosa gástrica del ser humano al menos por 50,000 años. Tiene una prevalencia de 30 % en países desarrollados y es mayor del 80 % en países en desarrollo. La transmisión se cree mayormente es vía fecal-oral u oral-oral, se ha aislado *H. Pylori* en vómito y contenido expulsado por reflujo gastroesofágico. Es el mayor causante de úlceras pépticas, gastritis crónica, adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico asociado a mucosa (MALT).

El *H. pylori* presenta diferentes factores de virulencia, la proteína CagA produce cambios proliferativos, citoesqueléticos e inflamatorios en la célula, la presencia de Cag en algunas cepas aumenta la probabilidad de padecer úlcera péptica o adenocarcinoma. La proteína VacA forma poros en la membrana celular, y las adhesinas como BabA aumentan riesgo de padecer otras enfermedades. La inflamación producida por la colonización disminuye el número de linfocitos T que producen somatostatina, la cual es encargada de inhibir la gastrina, por ello la gastrina se encuentra en mayor concentración, aumentando la secreción de ácido en el cuerpo gástrico.¹⁷

En los pacientes con ERGE e infección por *Helicobacter pylori*, su erradicación se ve asociada en la mejoría de los síntomas, también se ha relacionado mayor sintomatología según el área anatómica más afecta por la bacteria, como el antro gástrico donde provoca mayor acidificación de las secreciones gástricas y úlceras duodenales. Pacientes con afección del fondo gástrico tienen menor producción de ácido gástrico.³⁹

Una vez descrita la patología y sus factores de riesgo en el siguiente capítulo se describe los resultados sobre cómo la enfermedad por reflujo gastroesofágico afecta la calidad de vida de los pacientes en sus diferentes dimensiones.

CAPÍTULO 3. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

SUMARIO

- Calidad de vida
- Calidad de vida relacionada con la salud
- Medición de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
- Instrumentos para la medición de la CVRS
- Cuestionarios genéricos de CVRS
- Cuestionarios específicos de CVRS
- Evaluación de la CVRS en pacientes con ERGE

A continuación, se describe la definición de la calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud, las dimensiones que abarca, la forma en que se realiza su medición y los instrumentos que se utilizan. Se describen los cuestionarios tanto genéricos como específicos para la enfermedad por reflujo gastroesofágico y los estudios donde se han utilizado dichos cuestionarios.

3.1. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida (CV) se ha utilizado desde los años sesenta para relacionar la valoración subjetiva de una población sobre su nivel de vida, posteriormente utilizaban el término para nombrar aspectos de la vida como adaptación psicosocial, bienestar general y satisfacción general con la vida y felicidad.⁴⁰ Sin embargo, el hecho que desde sus inicios se vincule a variables psicológicas que en sí mismas involucran el concepto de bienestar, aun hasta la fecha, hacen que se dificulte una conceptualización estandarizada para la CV y la definición que utilizan las personas sea muy variada.⁴¹

La OMS en 1980 conceptualizó la calidad de vida como la manera en que un individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores que vive, así como en relación a sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado por su salud física, estado psicológico, grado de independencia, relaciones sociales, factores ambientales y creencias personales, la cual es actualmente la definición más utilizada para CV.⁴²

A partir de esta se derivan las tres ramas científicas que posee el término: economía, medicina y ciencias sociales.⁴¹ Dentro de las cuales nos enfocamos en la médica y es que debido a la vaguedad conceptual del término y sus componentes psicológicos subjetivos se dificultó el progreso de la investigación de la calidad de vida en ésta rama, por lo que a partir de ello se

acuñó el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para nombrar únicamente a los aspectos de la vida relacionados a la salud, enfermedad y tratamientos.⁴⁰

3.2. Calidad de vida relacionada con la salud

Es la percepción que tiene el paciente sobre los efectos de una enfermedad o aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Este concepto es multidimensional ya que se construye en base a múltiples facetas de la vida y la situación del paciente, dichos aspectos normalmente se relacionan entre sí en mayor o menor medida según cada persona, sin embargo, miden aspectos diferentes de la vida y autonomía del paciente,⁴³ ellos son:

3.2.1. Funcionamiento físico

Se refiere a los aspectos relacionados al bienestar físico que evalúan la repercusión sintomática sobre la salud de las personas, identifican incomodidades que la sintomatología produce en la vida diaria incluyendo repercusiones de las deficiencias de la visión, audición y habla, trastornos del sueño, de la motilidad fina, gruesa y autonomía.⁴⁴

3.2.2. Bienestar psicológico

También llamada dimensión de salud mental, recoge la repercusión del funcionamiento cognitivo, evalúa la capacidad para evocar recuerdos a corto y largo plazo, capacidad de pensar con claridad y competencia percibida para afrontar problemas causados por la enfermedad o tratamiento.⁴⁴

3.2.3. Estado emocional

En él se verifican los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico como la depresión o ansiedad, también incluye las preocupaciones y metapreocupaciones.⁴⁴

3.2.4. Dolor

Identifica el nivel del dolor percibido asociado a la presencia de cualquier enfermedad o sintomatología y la interferencia que causa a la vida cotidiana, podría considerarse parte de la dimensión de funcionamiento físico, sin embargo, se trata separado por la gran variabilidad entre individuos sobre la percepción del dolor y la tolerancia al mismo.⁴⁴

3.2.5. Funcionamiento social

Se enfoca sobre el estado de salud en el desempeño habitual de las relaciones sociales, aislamiento social por incapacidad física y alteración del desempeño de roles sociales en la vida familiar y laboral.⁴⁴

3.2.6. Percepción de la salud

Califica subjetivamente el valor global del estado de salud de una persona y sus creencias relativas a la salud, refleja las preferencias, valores, necesidades y actitudes que siente el paciente hacia la salud, es una dimensión fundamental para valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones por dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud.⁴⁴

3.3. Medición de la calidad de vida relacionada a la salud

El propósito de la medición de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que puedan derivarse de la atención médica,⁴³ esto a través de cuestionarios generales o específicos los cuales deben cumplir ciertos requisitos.

3.3.1. Base Conceptual

Los instrumentos evaluadores se componen de instrucciones de cumplimiento del cuestionario, preguntas y opciones de respuestas, las preguntas se agrupan por dimensiones y las respuestas generalmente son dicotómicas o en forma de escala de Likert (entre 4 y 7 opciones ordinales de respuestas) aunque en algunos cuestionarios también se utilizan escalas visuales analógicas.⁴³

3.4. Instrumentos para la evaluación de la CVRS

Existen dos clases de instrumentos para medir la calidad de vida relacionada a la salud, cada uno varía dependiendo de la profundidad con que interroga las afecciones que alteran la CVRS del paciente, estos pueden ser genéricos o específicos.

3.4.1. Contenido de los instrumentos de evaluación de la CVRS

El contenido debe ser obtenido de la información proporcionada por los propios pacientes ya que si el contenido del instrumento se basa en la información dada por un experto el resultado reflejara los puntos de vista y preocupaciones del experto y no de los pacientes que tienen la afección en estudio.⁴⁵

3.4.2. Propiedades de Medición de las Medidas de CVRS

Los instrumentos evaluativos tienen tres propósitos principales: pretenden diferenciar entre los pacientes quien tiene mejor y peor CVRS en un momento determinado del tiempo, miden cuanto han cambiado la calidad de vida de los pacientes en dos momentos de tiempo distintos y predicen la CVRS futura a partir de una medición única actual.⁴⁵

3.4.3. Viabilidad

Los instrumentos deben cumplir con un corto tiempo empleado para realizar el cuestionario, ser sencillos y de formato ameno con preguntas claras y breves como con facilidad para la corrección, interpretación y presentación de resultados para el médico, ya que los instrumentos no deben significar una carga significativa para el paciente, actividades clínicas cotidianas y los profesionales sanitarios al medir la CVRS.⁴

3.4.4. Fiabilidad

Este punto hace referencia al grado en que pueden reproducirse los resultados obtenidos por un procedimiento de medición en las mismas condiciones, indicando que una medición está libre de error aleatorio, esto se verifica utilizando tres métodos: fiabilidad test-retest, fiabilidad intra e inter observador y fiabilidad interna.⁴⁵

3.4.5. Validez

Expresa el grado en que una medición mide aquello para lo que está destinada, un instrumento será validado según la capacidad que posea para medir realmente el estado de salud del individuo quien lo responde, cuanto menos valida sea una medida, más probabilidad tiene de cometer un error sistemático o sesgo.⁴⁵

3.4.6. Sensibilidad al cambio

Es la capacidad del instrumento de detectar cambios en el estado de salud de los pacientes cuando mejora o empeora su CVRS después de un tratamiento o intervención sanitaria.⁴⁵

3.4.7. Significación clínica

Un instrumento discriminante debe dar a conocer que puntuación corresponde a una afectación de CVRS leve, moderada o grave, para que el cambio de puntuaciones entre una evaluación y otra refleje significancia clínica del tratamiento o intervención empleado, una forma de conocer la significación de la magnitud del efecto de un tratamiento es preguntando al paciente por el cambio de la CVRS que percibe.⁴⁵

3.5. Cuestionarios genéricos de CVRS

Estos instrumentos contemplan todas las dimensiones de la CVRS, son aplicables a la población general y también a personas con afecciones de salud, permiten hacer comparaciones del estado de salud en pacientes sanos o enfermos, evalúan diferentes aspectos del estado de salud, pueden ser empleados cuando no hay un instrumento específico para una afección determinada y en esos casos proporcionan una idea inicial del impacto de dicha enfermedad en la CVRS del paciente, sin embargo una de sus limitaciones es que no son suficientemente sensibles a cambios significativos en las dimensiones que si estarían incluidos en los específicos. Se dividen en dos tipos:

3.5.1. Perfiles de la salud

Éstos incluyen las dimensiones de la CVRS, se pueden aplicar a la población general y a personas con una gran variedad de afecciones, permiten la comparación entre diferentes enfermedades y determinar los efectos del tratamiento en diversos aspectos de la CVRS sin necesidad de utilizar múltiples elementos, los más utilizados son el perfil de las consecuencias de la enfermedad, perfil de la salud de Nottingham, SF-36 y EuroQol-5D.⁴³

3.5.2. Medidas de unidad

Este tipo se deriva de la economía y teoría de decisiones. Están basados en preferencias reveladas que los individuos asignan a los estados de salud, de ellas se obtiene un índice numérico que refleja el estado de salud como el valor del estado de salud para el individuo que responde el cuestionario.⁴³

Existen varios documentos creados y validados al español, algunos de ellos son: *The Sickness Impact-Profile* (SIP), *The Darmouth* (COOP), cuestionario criterio de calidad de vida (CVV) y SF-36.

3.5.3. Questionnaire SF-36 (*Short Form Health Survey*)

El cuestionario SF-36 originalmente fue realizado en Estados Unidos y posteriormente traducido al español siguiendo el protocolo de *International Quality of Life Assessment* (IQOLA). Se utiliza ampliamente para medir la calidad de vida relacionada con la salud en distintos grupos de pacientes y la evaluación de intervenciones terapéuticas, tiene 36 ítems, los cuales evalúan aspectos tanto negativos como positivos de la salud, y posee ocho escalas: función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social, rol emocional y salud mental. Además, se incluye un ítem en donde se evalúa el cambio de estado de salud general del paciente en el último año. El cuestionario está diseñado para ser contestado por personas mayores a 14 años, puede ser auto aplicado o realizarse a través de una entrevista personal o telefónica.

Es importante mencionar que el SF-36 no incluye aspectos como función sexual, relación familiar, función cognitiva y trastornos del sueño. Además, se aconseja revisar junto al paciente el cuestionario, cuando este es autoadministrado, para evitar la no respuesta.⁴⁶

3.6. Cuestionarios específicos

Incluyen solo aspectos importantes de un determinado problema de salud para una determinada población para valorar ciertas funciones o determinado síntoma clínico, tienen una mayor sensibilidad a los cambios en la CVRS que los genéricos, sin embargo, no son aplicables a la población general con lo que no se pueden obtener valores de referencia y no permite comparaciones entre distintas afecciones.⁴³

3.7. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con ERGE

Para evaluar la calidad de vida en pacientes con ERGE existen instrumentos específicos para esta enfermedad. Éstos permiten comprender de una mejor manera las secuelas de la enfermedad, clasificar a los pacientes según la gravedad de sus síntomas y reconocer cambios obtenidos con el tratamiento.

3.7.1. GERD Symptom Form Questionnaire (GSFQ)

El GSFQ es un cuestionario breve, simple y autoadministrado, desarrollado en Canadá en el año 2003. Es un cuestionario específico de la ERGE cuya función es determinar la frecuencia de los síntomas y su influencia en la calidad de vida relacionada en salud.⁴⁶

Está constituido por seis preguntas, tres se centran en la frecuencia de los síntomas de ERGE en los últimos siete días, una hace referencia a las limitaciones en la alimentación debido a los síntomas de ERGE, y las últimas dos preguntas determinan el número de días en la semana anterior durante los cuales los síntomas han interferido con las actividades cotidianas o el sueño.

Las primeras cuatro preguntas se contestan mediante una escala ordinal, con puntajes de 0 a 4. Las posibles respuestas son: nunca, pocas veces, a veces, la mayor parte del tiempo y siempre. Las últimas dos preguntas se contestan por medio de una escala de 0 a 7. La suma de las puntuaciones de los seis ítems (con posibles valores que van de cero a 30) se divide en 0.3 para obtener una puntuación general de GSFQ que varía de cero, en ausencia de síntomas de ERGE, a 100 para pacientes gravemente afectados.

Las últimas dos últimas preguntas tienen mayor peso, ya que estos elementos reflejan y afectan específicamente la calidad de vida, mientras que las primeras preguntas miden la frecuencia de los síntomas.^{47, 48}

3.7.2. *Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GERD-Q)*

El GERD-Q es un cuestionario de seis incisos diseñado para el diagnóstico y manejo del reflujo gastroesofágico, las preguntas son sobre los síntomas en los últimos siete días, las primeras cuatro preguntas son sobre el diagnóstico mientras las últimas dos determinan el impacto del reflujo gastroesofágico en la calidad de vida, a cada respuesta se le asigna un valor numérico y los valores se suman en un punto final, los punteos menores a 8 sugieren una baja probabilidad de ERGE mientras los mayores a 8 son sugestivos de enfermedad por reflujo gastroesofágico.³⁷

3.7.3. Estudios sobre calidad de vida en pacientes con ERGE

Quality of life in GERD and Barret's esophagus is related to gender and manifestation of disease es un estudio realizado en Carolina del Norte que tomó un grupo de pacientes que asistían a una clínica de gastroenterología y endoscopia, los dividió en tres grupos según su padecimiento el primer grupo eran pacientes con ERGE más esófago de Barret (EB), luego según su endoscopia los dividieron en ERGE con esofagitis erosiva (EE) y ERGE con esofagitis no erosiva (ENE). Midieron la calidad de vida general según el instrumento SF-36 y encontraron que había una significativa diferencia entre los grupos en la categoría de salud mental, siendo los pacientes con EB quienes tuvieron un punto más alto, en promedio 3 puntos más que los pacientes con ENE y EE (51.7, 48.3 y 48.5).

Además, se observaron diferencias significativas entre los grupos respecto al dolor de cuerpo, vitalidad y rol emocional, siendo siempre los pacientes del grupo EB quienes obtuvieron un mayor puntaje que los grupos ENE y EE, concluyendo que según este estudio las personas con ERGE y esófago de Barret concomitante tienen una mejor calidad de vida que las personas con ERGE con o sin esofagitis erosiva.⁴⁷

El estudio *Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life in polish patients* tomó un grupo de pacientes con ERGE que fue sometido a una encuesta en Polonia donde midieron la calidad de vida relacionada a la salud con el instrumento genérico SF-36, en sus resultados obtuvieron que tanto mujeres y hombres no presentaban diferencias significativas entre la frecuencia de los síntomas de ERGE. En el estudio se dividieron a los pacientes según su edad en dos grupos, mayores y menores a 50 años, observaron entonces que el grupo de personas mayores tenían un menor nivel de funcionamiento físico que los pacientes menores de 50 años, además el grupo joven tuvo el mejor punteo en las 8 categorías del cuestionario, de ellas los únicos punteos no significativos fueron la vitalidad y percepción de la salud mental, consecuente a esto la diferencia fue significativa en las otras áreas como componente físico y el dolor en los pacientes mayores a causa de los efectos del ERGE.⁴⁸

El estudio denominado *Heartburn and regurgitation have different impacts on life quality of patients with gastroesophageal reflux disease* se realizó en Taiwán a pacientes con ERGE diagnosticados según la definición de Montreal. Éstos fueron encuestados sobre su calidad de vida utilizando el cuestionario genérico SF-36 y el específico GERD-Q, obtuvieron resultados de 232 pacientes que fueron divididos según su síntoma principal obteniendo un grupo con ardor esternal (108 pacientes) y un grupo con regurgitación (124 pacientes), en el grupo con ardor esternal como principal síntoma había un predominio masculino y en el grupo con regurgitación predominante la mayor cantidad de personas eran femeninas.

Observaron en el cuestionario GERD-Q que el grupo con ardor esternal tenían significativamente más interrupciones al dormir, interferencias laborales y problemas con la dieta que los pacientes con reflujo, además según los resultados del cuestionario genérico el grupo del ardor esternal tuvo un menor punteo que las personas con regurgitación en la sumatoria del componente físico (ardor 57.68 y regurgitación 64.69) y la sumatoria del componente mental (ardor 53.04 y regurgitación 63.52), concluyendo para este estudio que las personas con ERGE cuyo síntoma principal o predominante es el ardor esternal tienen una peor calidad de vida que las personas con regurgitación como síntoma predominante.⁴⁹

El estudio *Quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease in an Iranian population* fue realizado en Irán donde se investigó sobre la calidad de vida de pacientes

enfermos con ERGE según el cuestionario SF-36 con síntomas típicos de ardor esternal y regurgitación comparándolos con un grupo de pacientes sanos como control, encontraron que todos los dominios del cuestionario genérico sobre calidad de vida evaluados, incluyendo las sumatorias de los componentes físico y mental fueron menores en los pacientes con ERGE que en los sanos, concluyendo que las personas con ERGE tienen una menor calidad de vida que las personas sanas.⁵⁰

A continuación, se presenta un análisis general de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud que presentan los pacientes que padecen de esta patología. Así mismo, se analizarán los factores de riesgo que más influyen en dicho padecimiento y la importancia de la medición de la calidad de vida relacionada en la salud en estos pacientes.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una condición causada por incompetencia del esfínter esofágico inferior, con daño en la mucosa la mayor parte de las veces y que causa síntomas principalmente pirosis y regurgitación los cuales afectan la calidad de vida de los pacientes en distintos ámbitos. Tomando en cuenta las bases fisiopatológicas de la ERGE se determina que las manifestaciones clínicas son causadas principalmente por la exposición de la mucosa al ácido gástrico. Frecuentemente se caracteriza por presencia de pirosis y regurgitación pudiendo acompañarse de otros como: odinofagia, sensación de distensión. Debe tomarse en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico que los pacientes pueden presentar síntomas extraesofágicos como lo son tos, dolor torácico, laringitis, erosión dental estos síntomas de ser ampliamente estudiados siendo el mayor ejemplo el dolor torácico el cual debe de ser descartado su origen cardíaco y luego proceder a la realización de una pH-metría o endoscopia para la confirmación de ERGE.

El Dr. Abel Sánchez, gastroenterólogo del Hospital Roosevelt, considera que la pirosis es la manifestación clínica de ERGE que más afecta la calidad de vida de los pacientes debido a que puede presentarse con una intensidad severa alterando su trabajo, su tiempo en familia y consumo de alimentos. Menciona de igual forma la pirosis nocturna como alteración en las horas de sueño de los pacientes. Apoyando la información brindada por el Dr. Sánchez, un estudio en Taiwán refiere que los pacientes con ardor retroesternal tienen una menor calidad de vida.⁵⁰

Por otra parte, La Dra. Loidy Martínez, gastroenteróloga egresada del Hospital Roosevelt, señala que en el síndrome atípico, la tos crónica es la que más afecta la calidad de vida de los pacientes ya que ésta genera en los pacientes sensaciones de angustia, ansiedad, y en ocasiones trastornos psiquiátricos. Este dato es muy relevante ya que el componente psiquiátrico es muy relevante a la hora de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Así mismo, la Dra. Martínez indica que, en los pacientes con síntomas típicos, el dolor torácico es el que más afecta la calidad de vida de los pacientes debido a que éstos lo relacionan con el dolor producido por el infarto agudo de miocardio.

La prevalencia varía según la localización geográfica, por ejemplo, de 11.9 a 31.3 % en Latinoamérica. A pesar de tener una prevalencia que va en crecimiento, se encontraron pocos estudios sobre la afección de esta enfermedad en la población Latinoamericana, solo encontraron estudios realizados en Brasil, México y Argentina. Sin estudios en el área de Centroamérica, únicamente se encontró una tesis realizada en Guatemala sobre la calidad de vida en pacientes con ERGE donde se evalúa la calidad de vida de 51 pacientes con diagnóstico previo de ERGE,

por endoscopia, utilizando el cuestionario *Short Form Reflux-Qual* concluyendo que “el 51 % de los pacientes evaluados reportó su calidad de vida como regular, mala o muy mala, afectando principalmente las áreas de impacto psicológico, bienestar y alimentación” ⁵. Este estudio se realizó en un centro privado y con una muestra pequeña por lo que los resultados no pueden ser generalizados y se considera que aún es necesario la realización de más estudios en el país sobre enfermedad de reflujo gastroesofágico y calidad de vida tanto de esta patología como de otras.

Se ha identificado que la población que se ve mayormente afectada son hombres, mayores de 60 años, aunque en otros estudios y según la práctica clínica se ve que actualmente la sintomatología de ERGE puede iniciar en pacientes más jóvenes asociándose a la alimentación y estrés al que son sometidos.

El Dr. Sánchez identifica dentro de los factores de riesgo de mayor relevancia el sedentarismo, consumos de grasas, carbohidratos complejos y condimentos y los relaciona directamente con el desarrollo de los síntomas de ERGE. Según los estudios evaluados las bebidas que mayor relación tienen con la sintomatología del ERGE son las gaseosas, el té y café, los alimentos cítricos, tomate, comida picante, chocolate y grasas también se asocian con reflujo y pirosis.

Según estos datos se evidencia que el factor de riesgo más importante es la dieta el cual a la vez se relaciona con la obesidad y síndrome metabólico que han aumentado su prevalencia en las últimas décadas, para la Dra. Martínez, este factor es el más importante, ya que indica que el 90 % de las personas con obesidad y sobrepeso presentan reflujo debido al aumento de la presión intraabdominal causada por el peso del tejido celular subcutáneo.

Existe una importante asociación entre ERGE y el consumo de alcohol y tabaco, resaltando que dejar de fumar a mediano plazo representa una considerable mejora en la calidad de vida de las personas. La Dra. Martínez indica que la buena higiene de la dieta también es de suma importancia para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Tomando en cuenta lo anterior y la información recopilada durante la realización de la monografía se evidencia que la calidad de vida de los pacientes con esta patología se ve disminuida en comparación con pacientes sin patologías asociadas. Diversos estudios demostraron que la medición de la calidad de vida relacionada en salud aún es llevada en un segundo plano y es poco evaluada por los médicos tratantes a pesar de que se han realizado cuestionarios de medición de calidad de vida, tanto generales como específicos.

La medición de calidad de vida relacionada a una patología brinda apoyo al médico para identificar las principales esferas de vida donde el paciente se ve afectado, y así brindar apoyo interdisciplinario como lo sería integrar psicología o fisioterapia según la patología y área afectada. Realizar esta evaluación es práctica ya que consta del llenado de cuestionarios en la clínica ya sea por el médico o el mismo paciente, los cuestionarios también permiten evaluar el beneficio del tratamiento que está siendo brindado al paciente.

El Dr. Sánchez comenta utilizar el cuestionario GERD-Q en su clínica, cuestionario específico, sencillo de utilizar que brinda amplia información sobre calidad de vida del paciente con patología gastrointestinal y permite llevar un adecuado seguimiento. A su vez, la Dra. Loidy explica que utilizar este tipo de cuestionarios, especialmente en pacientes que se realizarán cirugías antirreflujo, facilita la evaluación de la intervención antes y después de llevarla a cabo.

En diversos estudios consultados para la realización de esta monografía se utilizó, como cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud, el cuestionario SF-36. Éste cuenta con 36 ítems, y debido a que ha sido validado en diversos estudios e idiomas, es uno de los cuestionarios más frecuentemente utilizados. Sin embargo, al ser un cuestionario genérico, es necesario complementarlo con uno específico para la enfermedad para así obtener un resultado más acertado.

En un estudio realizado en Carolina del Norte para determinar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ERGE y esófago de Barret, se utilizó el cuestionario SF-36 y se concluyó que la salud mental y el rol emocional se ve afectado en estos pacientes, lo que puede relacionarse con lo indicado por la Dra. Loidy Martínez acerca de que la mayoría de los pacientes con síntomas atípicos, presentan trastornos de ansiedad y sensaciones de angustia.

En el estudio realizado en Polonia para medir el impacto de ERGE en la calidad de vida de los pacientes se concluyó, por medio del SF-36 que el rol físico y dolor eran los más afectados. En otro estudio realizado en Irán se concluyó que el rol físico y mental son los más afectados en la calidad de vida de los pacientes con ERGE, y que, por lo tanto, tienen una menor calidad de vida relacionada con la salud.

En base a esto, se puede observar que el rol físico y mental son los más afectados en la calidad de vida de los pacientes con ERGE por lo que resulta de suma importancia tomar en cuenta la medición de la misma en el seguimiento de dichos pacientes. El Dr. Sánchez menciona que los pacientes que padecen esta patología tienen una mala calidad de vida debido a que sus síntomas afectan principalmente su vida laboral, social y entorno familiar.

Los cuestionarios específicos para medir la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con ERGE, permiten comprender de una mejor forma las secuelas de la enfermedad y dar un mejor seguimiento a los pacientes con el uso de tratamiento. En un estudio realizado en Taiwán se utilizó el cuestionario SF-36 y el cuestionario específico GERD-Q, se observó una mayor afectación en el rol físico y mental en los pacientes con pirosis, concluyendo que los pacientes con ERGE cuyo síntoma predominante es pirosis, tienen una peor calidad de vida que los pacientes con regurgitación como síntoma predominante.

En la literatura revisada, se pudo evidenciar que el cuestionario específico para la enfermedad por reflujo gastroesofágico GSFQ, es un cuestionario breve, simple y auto aplicable, que determina la frecuencia de los síntomas de ERGE y su influencia en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes. Este cuestionario se encuentra validado tanto en inglés como en español, a pesar de haber realizado una amplia búsqueda no se encontraron artículos donde haya sido utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud.

Se encontró un estudio donde fue utilizado como apoyo para realizar el diagnóstico. Los cuestionarios específicos de calidad de vida ayudan a obtener un mejor panorama de la patología del paciente y un correcto seguimiento, sin embargo, también pueden ser utilizados por los médicos como un método sencillo de apoyo en el diagnóstico de las patologías, en este caso para identificar frecuencia e intensidad de síntomas de ERGE.

La valoración de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con ERGE es de suma importancia, ya que se puede evidenciar que la misma si se ve afectada en estos pacientes. Por esta razón, al medir la calidad de vida relacionada con la salud, se podrá brindar una atención integral al paciente, y se podrá evaluar la eficacia de los tratamientos a mediano y largo plazo.

CONCLUSIONES

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una enfermedad crónica que ha demostrado un deterioro significativo en la calidad de vida de las personas con esta enfermedad, en comparación con las personas sanas. La población con ERGE que manifiesta como síntoma predominante el ardor retroesternal es la que padece una mayor alteración de la calidad de vida, viéndose reflejado principalmente en alteraciones del sueño, disfuncionalidad laboral, alteraciones en la salud mental, física y emocional.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico afecta a un 13.3 % de la población, los estudios en América latina refieren que de un 11.9 % a 31.3 % padecen esta enfermedad, en Guatemala no se cuenta con datos sobre la población afectada y no se han realizado estudios en la población que evalúe la calidad de vida de los pacientes con esta patología. Los síntomas principales, que afectan la calidad de vida de los pacientes y disminuyen sus horas de sueño son: pirosis y regurgitación. Además, los síntomas extraesofágicos como: tos y dolor torácico causan la mayoría de veces confusión y retrasan el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Los principales factores de riesgo para el padecimiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico son: sexo masculino en edad media, padecimiento de estrés, tabaquismo, alcoholismo, obesidad y consumo de dieta alta en grasa y condimentos. La población guatemalteca se podría describir, en su mayoría, como una población predominantemente de sexo masculino con hábitos de consumo de dieta grasa con poca o nula actividad física cardiovascular, con alto consumo de alcohol y en aumento el consumo de tabaco. Otro factor de riesgo importante es la presencia de *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica, la mayor parte de la población se ve infectada por *Helicobacter pylori* desde edades tempranas. Estos factores de riesgo descritos convierten a los guatemaltecos en una población vulnerable al padecimiento de ERGE, por falta de estudios no se conoce la prevalencia actual de la enfermedad en Guatemala ni sus afecciones en la población.

Debido a la sintomatología que presentan los pacientes con ERGE, se ha demostrado que su calidad de vida relacionada con la salud se ve afectada en más de una de sus dimensiones. Diversos estudios señalan, a través del uso del cuestionario genérico para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud SF-36, que el rol físico y la salud mental son las dos dimensiones más deterioradas en estos pacientes. Al sumarle el uso de un cuestionario específico, como el GERD-Q o el GSFQ, se demuestra que estas mismas dimensiones son las más afectadas principalmente en pacientes que padecen pirosis como síntoma principal.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a la población en general, principalmente hombres en edad media, modificar sus estilos de vida, ya que se ha demostrado que el sobrepeso, estrés, tabaquismo, alcoholismo, dietas altas en grasa y condimentos son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico, enfermedad que puede ocasionar lesiones en la mucosa esofágica y provocar síntomas como regurgitación y pirosis, causando alteraciones en la calidad de vida desde el rol físico, emocional y en las horas de sueño del paciente.

Se recomienda a los médicos en general que al evaluar un paciente con sintomatología asociada a reflujo gastroesofágico sea descartada la presencia de *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica, la cual es altamente prevalente en nuestra población. Se recomienda no solo realizar diagnóstico y dar un tratamiento sintomático sino dar al paciente un seguimiento integral, el cual evalúe la calidad de vida del paciente en las distintas dimensiones y busque mejorarlas. Así mismo brindar un adecuado seguimiento y control que ayude a disminuir la aparición de esófago de Barret o Cáncer esofágico, los cuales son altamente relacionados al padecimiento de reflujo gastroesofágico.

Se recomienda a los médicos gastroenterólogos implementar en su práctica diaria el uso de cuestionarios, tanto generales como específicos, que evalúen la calidad de vida de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, permitiéndoles tener una mejor visión sobre el padecimiento del paciente y el beneficio del tratamiento utilizado.

Basado en los resultados obtenidos por cuestionarios generales, como el SF-36, que evalúan la calidad de vida en esferas sociales, emocionales, físicas se recomienda a los médicos tratantes implementar un equipo multidisciplinario de profesionales que ayude a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico

Se recomienda al gremio de gastroenterología en Guatemala realizar investigación sobre la enfermedad de reflujo gastroesofágico para poder contar con datos de prevalencia de esta enfermedad en la población guatemalteca y posteriormente poder realizar un estudio que evalúe la calidad de vida en esta población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, SolaymaniDodaran M, Bazzoli F, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-esophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut* [en línea]. 2018 Mar [citado 7 Jun 2020]; 67 (3): 430–440. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28232473>
2. Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Acta GastroenterolLatinoam* [en línea]. 2016 Jun [citado 7 Jun 2020]; 46 (2): 160-172. Disponible en: <https://actagastro.org/revision-sobre-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-erge/>
3. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, et al. Documento de actualización de la guía de práctica clínica sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto [en línea]. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología; 2019. [citado 7 Jun 2020]. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/reflujo_gastroesofagico_final.pdf
4. García M. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes en hemodiálisis (HD). Cambios en la última década. [tesis de Doctorado en línea]. España: Universidad de Oviedo, Facultad de Medicina; 2015. [citado 8 Jun 2020]. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/37370/1/TD_MonicaGarcia.pdf
5. Funes Martínez R. Calidad de vida en adultos con reflujo gastroesofágico. Clínica privada, Guatemala, agosto 2017. [tesis de Médico y Cirujano en línea]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Medicina; 2017. [citado 9 Jun 2020]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjrkd/2017/09/18/Funes-Rodrigo.pdf>
6. Remes J. Síntomas Gastrointestinales en México un estudio epidemiológico SIGAME [en línea]. México: ASECOM; 2015 Ago [citado 9 Jun 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/33SLr8m>
7. Roman S, Pandolfino J, Kahrilas P. Gastroesophageal reflux disease. En: Podolsky D. *Yamada's textbook of Gastroenterology*. 6 ed. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2015. p. 906-28.
8. Lv J, Liu D, Ma SY, Zhang J. Investigation of relationships among gastroesophageal reflux disease subtypes using narrow band imaging magnifying endoscopy. *World J*

- Gastroenterol [en línea]. 2013 Dic [citado 10 Jun 2020]; 19 (45): 8391–8397. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24363532/>
9. Bruley Des Varannes S, Cestari R, Usova L, Triantafyllou K, Alvarez Sanchez A, Keim S, et al. Classification of adults suffering from typical gastroesophageal reflux disease symptoms: contribution of latent class analysis in a European observational study. BMC Gastroenterol [en línea]. 2014 Jun [citado 10 Jun 2020]; 14 (112): 2-10. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/14/112>
 10. Ribolsi M, Giordano A, Guarino MPL, Tullio A, Cicala M. New classifications of gastroesophageal reflux disease: an improvement for patient management?. Expert RevGastroenterolHepatol [en línea]. 2019 Ago [citado 10 Jun 2020]; 13 (8): 761–769. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31327288/>
 11. Bor S, Yüksel ES. How is the gastroesophageal reflux disease prevalence, incidence, and frequency of complications (stricture/esophagitis/Barrett's esophagus/carcinoma) in Turkey compared to other geographical regions globally?. Turkish J Gastroenterol [en línea]. 2017 Dic [citado 10 Jun 2020]; 28 (1): S4–S9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29199158/>
 12. Delavari A, Moradi G, Birjandi F, Elahi E, Saberifiroozi M. The Prevalence of Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) in the Islamic Republic of Iran: A Systematic Review. Middle East J DigDis [en línea]. 2012 Ene [citado 10 Jun 2020]; 4 (1): 5–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24829629/>
 13. Fedorak RN, Veldhuyzen Van Zanten S, Bridges R, Frcpc MD. Canadian Digestive Health Foundation Public Impact Series: Gastroesophageal reflux disease in Canada: Incidence, prevalence, and direct and indirect economic impact. Can J Gastroenterol [en línea]. 2010 Jul [citado 11 Jun 2020]; 24 (7): 431-434. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918483/pdf/cjg24431.pdf>
 14. Salis G. Revisión sistemática: Epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latino América. Acta GastroenterolLatinoam [en línea]. 2011 Mar [citado 11 Jun 2020]; 41 (1): 60–69. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1993/199317366013.pdf>
 15. Páramo Hernández DB, Albis R, Galiano MT, Molano B, Rincón R, Pineda Ovalle LF, et al. Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia.

- RevColombGastroenterol [en línea]. 2016 Dic [citado 11 Jun 2020]; 31 (4): 5–12. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n4/v31n4a03.pdf>
16. Ponce García J, Mearin Manrique F. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: Rozman C, Cardellach López F. Farreras-Rozman medicina interna. 16 ed. Madrid: Elsevier; 2009. p. 111–115.
 17. Kahrilas PJ, Hirano I. Enfermedades del esófago. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J, editores. Harrison principios de medicina interna. 19 ed. México: McGraw Hill interamericana; 2016: vol.1 p. 1900-1911.
 18. Chatila AT, Nguyen MT, Krill T, Roark R, Bilal M, Reep G. Natural history, pathophysiology and evaluation of gastroesophageal reflux. DisMon [en línea]. 2020 Ene [citado 10 Jun 2020]; 66 (1): 1-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30803725/>
 19. Herregods TVK, Bredenoord AJ, Smout AJPM. Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease: new understanding in a new era. Neurogastroenterol Motil [en línea]. 2015 Sep [citado 10 Jun 2020]; 27 (9): 1202-1213. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26053301/>
 20. Pueyo JS. Puesta al día en el reflujo gastroesofágico. GastroenterolHepatol [en línea]. 2014 Feb [citado 10 Jun 2020]; 37 (2): 73-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24355558/>
 21. Madanick RD. Extraesophageal Presentations of GERD: where is the science? Gastroenterol Clin North Am [en línea]. 2014 Mar [citado 11 Jun 2020]; 43 (1): 105-120. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24503362/>
 22. Seo SI, Bang CS, Kang HS, Choi MH, Shin WG, Jang HJ, et al. Evaluation of treatment pattern and symptom control in patients with gastroesophageal reflux disease: multihospital questionnaire survey on the current situation in Korea. DisEsophagus [en línea]. 2017 Oct [citado 11 Jun 2020]; 30 (10): 1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28859382/>
 23. Clarrett DM, Hachem C. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Mo Med [en línea]. 2018 Jun [citado 11 Jun 2020]; 115 (3): 214-218. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30228725/>
 24. Gómez-Escudero O, Coss-Adame E, Amieva-Balmori M, Carmona-Sánchez RI, Remes-Troche JM, Abreu y Abreu AT, et al. Consenso mexicano sobre dolor torácico

no cardiaco. *RevGastroenterol Mex* [en línea]. 2019 Jun [citado 12 Jun 2020]; 84 (3): 372-397. Disponible en: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/?lang=es&home_url=http%3A%2F%2Ffilacs.bvsalud.org&home_text=Pesquisa&q=Consenso+mexicano+sobre+dolor+tor%C3%A1cico+no+cardiaco&submit=

25. Moore JM, Vaezi MF. Extraesophageal manifestations of gastroesophageal reflux disease: real or imagined? *Curr Opin Gastroenterol* [en línea]. 2010 Jul [citado 11 Jun 2020]; 26 (4): 389-394. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20473157/>
26. Pace F, Pace M. The proton pump inhibitor test and the diagnosis of gastroesophageal reflux disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* [en línea]. 2010 Ago [citado 15 Jun 2020]; 4 (4): 423-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20678016/>
27. Prakash Gyawali C, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout AJPM, et al. Modern diagnosis of GERD: The Lyon Consensus. *Gut* [en línea]. 2018 Jul [citado 21 Jun 2020]; 67 (7): 1351-1362. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29437910/>
28. Gonzalez Ayerbe JI, Hauser B, Salvatore S, Vandenplas Y. Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in infants and children: from guidelines to clinical practice. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* [en línea]. 2019 Mar [citado 21 Jun 2020]; 22 (2): 107-121. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30899687/>
29. Liu YW, Jia Feng W, Chen HL, Hsu HY, Chang MH, Hsu WC, et al. The correlation between endoscopic reflux esophagitis and combined multichannel intraluminal impedance-pH monitoring in children. *Pediatr Neonatol* [en línea]. 2016 Oct [citado 21 Jun 2020]; 57 (5): 385-389. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26803582/>
30. Matsumura T, Arai M, Ishigami H, Fujie M, Ishikawa K, Akizue N, et al. Evaluation of esophageal mucosal integrity in patients with gastroesophageal reflux disease. *Digestion* [en línea]. 2018 Feb [citado 21 Jun 2020]; 97 (1): 31-37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29393167/>
31. Leradi E, Rosania R, Zotti M, Principe S, Laonigro G, Giorgio F, et al. Metabolic syndrome and gastro-esophageal reflux: a link towards a growing interest in developed countries. *World J Gastrointest Pathophysiol* [en línea]. 2010 Ago [citado 23 Jul 2020]; 1 (3): 91-96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21607146/>

32. Ness-Jensen E, Hveem K, El-Serag H, Lagergren J. Lifestyle intervention in gastroesophageal reflux disease. *Clin GastroenterolHepatol* [en línea]. 2016 Feb [citado 23 Jul 2020]; 14 (2): 175-182. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25956834/>
33. Alkhathami AM, Alzahrani AA, Alzhrani MA, Alsuwat OB, Mahfouz MEM. Riskfactorsforgastroesophagealrefluxdisease in Saudi Arabia. *Gastroenterol Res* [en línea]. 2017 Oct [citado 23 Jul 2020]; 10 (5): 294-300. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29118870/>
34. Lee SW, Lee TY, Lien HC, Yeh HZ, Chang CS, Ko CW. The risk factors and quality of life in patients with overlapping functional dyspepsia or peptic ulcer disease with gastroesophageal reflux disease. *GutLiver* [en línea]. 2014 Mar [citado 23 Jul 2020]; 8 (2): 160–164. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24672657/>
35. Kim S, Jung H, Lim J, Kim T, Choe A, Tae CH, et al. Gender specific differences in prevalence and risk factors for gastro-esophageal reflux disease. *J KoreanMedSci* [en línea]. 2019 Jun [citado 24 Jul 2020]; 34 (21): 1–15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6543060/>
36. Kohata Y, Fujiwara Y, Watanabe T, Kobayashi M, Takemoto Y, Kamata N, et al. Long-term benefits of smoking cessation on gastroesophageal reflux disease and health-related quality of life. *PlosOne* [en línea]. 2016 Feb [citado 24 Jul 2020]; 11 (2): 1-12. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0147860&type=printable>
37. Nwokediuko SC, Adekanle O, Akere A, Olokoba A, Anyanechi C, Umar SM, et al. Gastroesophageal reflux disease in a typical african population: A symptom-based multicenter study. *BMC Gastroenterol* [en línea]. 2020 Abr [citado 27 Jul 2020]; 20 (107): 1-8. Disponible en: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12876-020-01261-8>
38. Vardar R, Keskin M, Valitova E, Bayrakci B, Yildirim E, Bor S. Effect of alginate in patients with GERD hiatal hernia matters. *DisEsophagus* [en línea]. 2017 Oct [citado 1 Ago 2020]; 30 (10): 1–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28859383/>
39. Campbell R, Kilty SJ, Hutton B, Bonaparte JP. The Role of *Helicobacter pylori* in Laryngopharyngeal Reflux. *Otolaryngol Head NeckSurg* [en línea]. 2017 Feb [citado 3

- Ago 2020]; 156 (2): 255–262. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27803078/>
40. Fernández JA, Fernández MF, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *RevEsp Salud Pública* [en línea]. 2010 Abr [citado 3 Ago 2020]; 84 (2): 169-184. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
 41. Urzúa A, Caqueo A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Ter Psicol* [en línea]. 2012 Abr [citado 3 Ago 2020]; 30 (1): 61–71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
 42. Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. Qué calidad de vida?. *Foro mundial de la salud* [en línea]. 1996 [citado 5 Ago 2020]; 17 (4): 385–387. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstr
 43. Badía X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *GastroenterolHepatol* [en línea]. 2004 Mar [citado 5 Ago 2020]; 27 (3): 2-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-pdf-13058924>
 44. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. *Pharmacoeconomics* [en línea]. 2005 Ene [citado 6 Ago 2020]; 2 (1): 31-43. doi: 10.1007/BF03320897
 45. Lizán L. Health-related quality of life. *Aten Primaria* [en línea]. 2009 Mayo [citado 8 Ago 2020]; 41 (7): 411-416. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022031/>
 46. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The spanish version of the short form 36 health survey: a decade of experience and new developments. *GacSanit* [en línea]. 2005 Abr [citado 8 Ago 2020]; 19 (2): 135–150. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15860162/>
 47. Lippmann QK, Crockett SD, Dellon ES, Shaheen NJ. Quality of life in GERD and Barrett's esophagus is related to gender and manifestation of disease. *Am J Gastroenterol* [en línea]. 2009 Nov [citado 10 Ago 2020]; 104 (11): 2695–2703. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19755967/>

48. Gorczyca R, Pardak P, Pękala A, Filip R. Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Polish patients. *World J Clin Cases* [en línea]. 2019 Jun [citado 10 Ago 2020]; 7 (12): 1421–1429. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31363470/>
49. Lee SW, Lien HC, Lee TY, Yang SS, Yeh HJ, Chang C Sen. Heartburn and regurgitation have different impacts on life quality of patients with gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* [en línea]. 2014 Sep [citado 10 Ago 2020]; 20 (34): 12277–12282. Disponible en: <https://bit.ly/3hUnz9B>
50. Maleki I, Masoudzadeh A, Khalilian A, Daheshpour E. Quality of life in patients with gastroesophageal reflux disease in an Iranian population. *GastroenterolHepatolBedBench* [en línea]. 2013 Mar [citado 10 Ago 2020]; 6 (2): 96–100. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017503/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz consolidativa de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio

Tabla 1. Matriz del tipo de artículos utilizados según nivel de evidencia y tipo de estudio.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio	Término utilizado	Numero de artículos
-----	Todos los artículos revisados	-----	287
-----	Artículos utilizados	-----	50
1A	Revisión sistemática de estudios de cohorte prospectivos	("Gastroesophageal Reflux/epidemiology"[Mesh] AND "Prevalence"[Mesh])	3
1B	Ensayo clínico controlado aleatorizado	((("Gastroesophageal Reflux/physiology"[Mesh] AND ("Gastroesophageal Reflux/therapy"[Mesh])) AND "Drug Combinations"[Mesh]) AND "Electric Impedance"[Mesh])	1
2A	Transversal	((("Gastroesophageal Reflux"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]) OR "Signs and Symptoms"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Surveys and Questionnaires"[Mesh])	8
2A	Cohortes con buen seguimiento	((("Gastroesophageal Reflux/epidemiology"[Mesh] AND "Risk Factors"[Mesh]) AND "Gastroesophageal Reflux/diagnosis"[Mesh]) OR ("Gastroesophageal Reflux/classification"[Mesh])	4
2B	Revisión sistemática de estudios de cohorte histórica	Reflujo Gastroesofágico [DeCS] AND Prevalencia [DeCS]	1
2B	Cohortes de seguimiento insuficiente	((("Gastroesophageal Reflux/diagnosis"[Mesh]) AND ("Gastroesophageal Reflux/classification"[Mesh] OR)) AND "Endoscopy"[Mesh])	6
3B	Casos y controles	((("Gastroesophageal Reflux"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Case-Control Studies"[Mesh])	1
4	Encuesta	Calidad de Vida [DeCS] AND Organización Mundial de la Salud [DeCS]	1
Otro	Revisión bibliográfica	((("Gastroesophageal Reflux"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Surveys and Questionnaires"[Mesh] AND SF36 OR GSFQ OR GERDQ	22
Otro	Literatura gris	-----	3

Anexo 2: Matriz consolidativa de literatura gris utilizada

Tabla 2. Matriz de literatura gris utilizada

Tema del libro	Acceso	Localización	Total, de libros en la biblioteca	Numero de documentos utilizados
Gastroenterología	HINARI	http://hinari.summon.serialssolutions.com/#!/search?ho=t&fvf=ContentType,Book%20%2F%20eBook,f&l=en&amp;l=es&q=Gastroenterologia	12	1
Medicina interna	Colección libros biblioteca de la Facultad de Medicina USAC	http://bibliomed.usac.edu.gt/content/cat%C3%A1logo-en-linea	81	2

Anexo 3: Matriz consolidativa de datos de buscadores, descriptores y operadores lógicos utilizados.

Tabla 3. Matriz de datos de buscadores, descriptores y operadores lógicos utilizados.

Buscadores	Términos utilizados y operadores lógicos	
	Español	Inglés
PubMed		Gastroesophageal Reflux"[Mesh]
		Gastroesophageal Reflux/epidemiology"[Mesh]
		((("Gastroesophageal Reflux"[Mesh]) AND "Prevalence"[Mesh]) OR "Incidence"[Mesh])
		"Gastroesophageal Reflux/physiopathology"[Mesh]
		((("Gastroesophageal Reflux/diagnosis"[Mesh]) AND "Esophageal pH Monitoring"[Mesh]) OR "Electric Impedance"[Mesh]) OR "Endoscopy"[Mesh]
		"Gastroesophageal Reflux"[Mesh] AND "Risk Factors"[Mesh]
		((("Gastroesophageal Reflux"[Mesh]) AND "Risk Factors"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh])
		((("Diet"[Mesh]) OR "Pharmaceutical Preparations"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Gastroesophageal Reflux"[Mesh]
		((("Smoking"[Mesh]) OR "Alcoholism"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]) AND "Gastroesophageal Reflux"[Mesh]
		("Quality of Life"[Mesh]) AND "Gastroesophageal Reflux"[Mesh]
		((("Heartburn"[Mesh]) OR "Esophagitis, Peptic"[Mesh]) AND "Gastroesophageal Reflux"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] AND SF 36 OR GSFQ AND GERDQ
BIREME		"Gastroesophageal Reflux"
		"Gastroesophageal Reflux" AND "Risk Factors"
		Quality of Life
		"Gastroesophageal Reflux" AND ", "Quality of Life"

Scielo	Reflujo Gastroesofágico		
	Reflujo Epidemiologia	Gastroesofágico	AND
	Reflujo Prevalencia OR Incidencia	Gastroesofágico	AND
	Calidad de Vida específicos	AND	Cuestionarios
	Calidad de Vida Gastroesofágico	AND	Reflujo

Anexo 4: Entrevista a expertos: Dr. Abel Sánchez, gastroenterólogo.

Entrevista a expertos en gastroenterología

Monografía: Factores de riesgo y calidad de vida en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Nombre: Dr. Abel Sánchez

1. En su experiencia, ¿Cómo se ve afectada la calidad de vida de los pacientes con ERGE?

Los pacientes con ésta entidad presentan mala calidad de vida, debido a que la mayoría reporta presentar síntomas nocturnos que influyen en no poder dormir/descansar bien afectando su vida laboral, social y entorno familiar, además son pacientes que están con múltiples medicamentos que deterioran la calidad de vida, por último son pacientes que no solamente presentan ERGE sino que también presentan otras patologías que deterioran calidad de vida como Síndrome de Intestino Irritable, Dispepsia Funcional, Fibromialgias, Migrañas.

2. ¿Cuál considera que es la manifestación clínica del ERGE que más afecta la calidad de vida de los pacientes? ¿Por qué?

Pirosis: debido a que es una sensación subjetiva éste síntoma puede presentarse con intensidad severa lo que lleva a que muchos pacientes no puedan estar bien en el trabajo, familia o que se priven de muchos alimentos por el temor a presentar éste síntoma, además la pirosis nocturna puede llevar a no dormir bien y con esto deteriorar la calidad de vida

3. ¿Cuál considera que es el factor de riesgo más influyente en el padecimiento del reflujo gastroesofágico? ¿Por qué?

Malos estilos de vida, ya que dentro de éstos están el sedentarismo, consumo de alimentos con exceso de condimentos, grasas y carbohidratos complejos, esto conlleva a desarrollar la mayor parte de síntomas de ERGE.

4. ¿Ha utilizado algún cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con ERGE?

Si

5. Si su respuesta al anterior inciso fue si, entonces ¿Cuál o cuáles ha utilizado? ¿Por qué?

GERD-Q, es un cuestionario que ha sido validado para detectar a pacientes con ERGE y es muy fácil de realizar en los pacientes y está a la mano en el consultorio

6. ¿Cuáles son sus recomendaciones para disminuir la afección de la calidad de vida en los pacientes con ERGE?

Lo que recomiendo es identificar el o los factores precipitantes de ERGE en cada paciente, consultar con un especialista para poder dar tratamiento adecuado y así controlar el ERGE, además de educar al paciente sobre cambios en el estilo de vida, aumentar ejercicio, disminuir la ingesta de alimentos que provoquen ERGE, eliminar tabaco, alcohol.

Anexo 5: Entrevista a expertos: Dra. Loidy Martínez, gastroenteróloga.

Entrevista a expertos en gastroenterología

Monografía: Factores de riesgo y calidad de vida en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Nombre: Loidy Alejandra Martínez Retana

1. En su experiencia, ¿Cómo se ve afectada la calidad de vida de los pacientes con ERGE?

Depende de cómo se presenta el reflujo, en los pacientes con síntomas típicos tienen afecciones durante el sueño, ellos durante la madrugada tienen más síntomas lo que les produce despertares nocturnos, afectando su calidad y tiempo de sueño causándoles durante el día problemas para su desarrollo habitual, también se ven afectados durante las actividades sociales porque no pueden comer todo lo que está a disposición y si lo hacen saben que sus síntomas pueden empeorar su condición, luego están las personas con síntomas atípicos en quienes predomina la tos crónica porque les causa desgaste, esto produce preocupación, angustia al paciente y hace a la enfermedad más difícil de tratar, incluso acompañándose en ocasiones de pérdida de peso y trastornos causados por el reflujo como depresión y ansiedad.

2. ¿Cuál considera que es la manifestación clínica del ERGE que más afecta la calidad de vida de los pacientes? ¿Por qué?

La tos crónica en los pacientes con síntomas atípicos porque les genera mucha angustia, ansiedad y en ocasiones trastornos psiquiátricos, mientras que en los pacientes típicos el dolor torácico porque este dolor que sienten les hace pensar que están teniendo un infarto

3. ¿Cuál considera que es el factor de riesgo más influyente en el padecimiento del reflujo gastroesofágico? ¿Por qué?

El sobrepeso y la obesidad, el 90% de personas con sobrepeso tienen reflujo, siempre tomando en cuenta una dieta inadecuada como un factor asociado, pero lo principal son malos hábitos de alimentación.

4. ¿Ha utilizado algún cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con ERGE?

Sí, pero pocas veces

5. Si su respuesta al anterior inciso fue sí, entonces ¿Cuál o cuáles ha utilizado? ¿Por qué?

El cuestionario de Carlsson Dent, porque tiene muchas variables y es más amplio que los otros, generalmente extrapolo algunas preguntas para tener una visión general de la situación del paciente, sin embargo, a los pacientes con un plan quirúrgico si se aplica en su totalidad porque al someterse a cirugías tan complejas es necesario tener un respaldo valido y completo pre operatorio y valorar su mejoría en el post operatorio

6. ¿Cuáles son sus recomendaciones para disminuir la afección de la calidad de vida en los pacientes con ERGE?

Mejorar los hábitos de alimentación, no enfocados tanto en una dieta en específica, sino en cumplir los horarios de comida, realizar pequeños tiempos de comida de forma frecuente además de evitar acostarse después de comer, en si mejorar la higiene de la dieta.

ANEXO 6: AGRADECIMIENTOS PERSONALES

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá, Mónica Marroquín, porque tu amor y enseñanza me han convertido en la persona y profesional que soy hoy, por acompañarme en este camino con tus palabras de aliento y muestras de cariño. Te Amo.

A mi papá, Sergio De La Cruz, por apoyar mi sueño incondicionalmente desde el inicio, por motivare a alcanzar más. Te Amo.

A mis abuelos Adela, Gloria y Fernando por enseñarme que todo esfuerzo tiene su recompensa, por creer en mí y apoyarme incondicionalmente durante este camino. A mi abuelo, Demetrio, por ser un gran ejemplo de vida, por compartir conmigo tu sabiduría y amor incondicional durante los 23 años que Dios nos permitió estar juntos.

A mi hermano Nicolás y mis primos Guillermo, Isabel, Daniela, Stephan y Juan Pablo por su constante apoyo y compañía durante estos años.

A mis tías Liseth, Ericka, Brenda y Miriam por ser mi ejemplo de mujeres fuertes y trabajadoras, por su apoyo y cariño incondicional durante todos estos años.

A mis tíos Guillermo y Víctor por ser ejemplo de trabajo duro y perseverancia.

A José Rivadeneira por llegar a mi vida en el momento menos esperado, brindarme su amor y sobre todo su apoyo incondicional.

Mónica A. De La Cruz M.

AGRADECIMIENTOS

A mi mami, Aurora Zelaya, por darme siempre su amor y paciencia, por estar junto a mi durante toda mi vida.

A mi papi, Roberto Gordillo, por darme siempre su apoyo incondicional durante toda mi vida, por ser mi ejemplo e impulsarme a cumplir mis metas.

A mis hermanos, Roberto y Pablo por ayudarme siempre que lo necesité y alegrarse por mis logros.

A mi abuelita, Martita, por brindarme siempre su cariño y ser mi ejemplo de fortaleza.

A mis mejores amigos, Amanda, Kenny, Juanca y Mónica, por motivarme a seguir mis sueños y ser mi segunda familia.

A mi novio, Luis Pablo, por creer siempre en mi y darme su cariño durante todos estos años.

María Ximena Gordillo Zelaya

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien es la razón por la cual todo esto ha sido posible, por darme la oportunidad de tener este sueño, por acompañarme siempre y darme la fuerza para cumplirlo, además de haber puesto en mi vida a cada una de esas personas que fueron determinantes para lograrlo.

A mis padres, Jorge Cámbara y Adda Vargas y hermanas, María y Andrea, quienes son la bendición más grande que Dios me pudo dar, por siempre creer en mí y apoyarme, además de enseñarme que podemos alcanzar todo lo que nos proponemos, que es posible “ser el dueño del mundo” y la importancia de lo que significa ser familia.

A mis abuelos, primos y tíos, quienes siempre me apoyaron desde antes de la universidad, quienes me alentaban a seguir luchando por el objetivo y por demostrarme que la familia está en las buenas y malas de forma incondicional.

A mis compañeros del internado Mónica, Ximena, Elissa, Margoly, Nancy, Arelly, Jordán, Andreí, Jonathan, Back, Alfaque y Jeffrey con quienes descubrí el significado del compañerismo y solidaridad, además de la importancia de trabajar hombro a hombro y por todos los alegres momentos fuera del hospital.

Por último, a cada una de esas personas que tuve la dicha y pude conocer durante la carrera: Julieta, Javier, Giorgis, Chepo, Karlita, Mario, Jonathan y la Dra. Wong, quienes me acompañaron y apoyaron de distintas formas en estos últimos años, con quienes aprendí mucho más que medicina, les tengo un inmenso cariño por cada momento que compartimos y siempre los recordaré con afecto.

Jorge Augusto Cámbara Vargas