



Universidad Técnica de Manabí
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Trabajo de titulación

Previo a la obtención del título de

Médico Cirujano

Tema

Diagnóstico endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva
en pacientes ingresados en el área endoscópica del hospital del seguro social
Chone, noviembre 2013 abril 2014.

Autoras

Indira Alejandra Bravo Zambrano
Mayra Alejandra Caisachana Vera

Director:

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas

Portoviejo – Manabí - Ecuador

2014

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a Dios, a mi familia, pilar fundamental en mi vida y el motor que me impulsa a seguir adelante cada día:

A Bienvenido, mi padre, quien con su sabiduría y ejemplo claro de superación y de lucha inquebrantable, sembró en mí el amor al estudio y al trabajo digno y honrado.

A Mariana, mi madre, quien ha sido una mujer admirable, que con su amor, paciencia, entrega y sencillez ha sido clave y fundamental en mi formación, la mejor chef, la mejor doctora, la mejor maestra, la mejor madre.

A mi hermana Mayra, mi segunda madre y ángel de la guarda, mi mejor amiga, que con la determinación e inteligencia que la caracteriza, me formó una mujer de bien, con la que he compartido los mejores y los peores momentos, la que siempre estuvo al otro lado del teléfono cuando la necesité.

A mi hermana Marielita, quien con la inocencia de sus ojos y su condición especial fue una de las razones que también me impulsó a seguir esta noble carrera que es la medicina.

A mis sobrinos, Elián Sol, quienes con sus ocurrencias, alegría y cariño, llenan mi vida día a día, de un arco iris infinito de colores.

Indira Alejandra

Dedicatoria

A Dios, por guiarme en el sendero correcto de la vida, cada día en el transcurso de mi camino e iluminándome en todo lo que realizo de mi convivir diario.

A mis padres Héctor y Margarita con todo mi cariño y mi amor por ser las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis hermanos Brayan y Katherin por ser parte de cada decisión que tomo, y por estar a mi lado a cada momento hoy, mañana y siempre.

A mi familia que siempre ha estado cerca en cada momento alentándome a luchar por lo que quiero.

Mayra Alejandra

Agradecimiento

Agradecemos a Dios nuestro padre celestial, por habernos permitido llegar al final de este peldaño académico y el presente trabajo con sabiduría y constancia. Así también agradecemos a esta prestigiosa institución por acogernos y darnos la oportunidad de convertirnos en profesionales al servicio de Manabí y de Ecuador, a nuestro distinguido tribunal que nos ha sabido guiar para la realización y culminación de esta investigación. Nuestro más profundo agradecimiento a nuestras familias por ser un apoyo fundamental en la formación personal y profesional, sin ellos hubiera sido imposible llegar al final del camino de nuestra preparación académica.

Indira Alejandra y Mayra Alejandra

Certificación del Director del Trabajo de Titulación

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas, certifica que, el trabajo de titulación **DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO DE LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA EN PACIENTES INGRESADOS EN EL ÁREA ENDOSCÓPICA DEL HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL CHONE, NOVIEMBRE 2013 ABRIL 2014**, es trabajo original de las estudiantes **INDIRA ALEJANDRA BRAVO ZAMBRANO Y MAYRA ALEJANDRA CAISACHANA VERA**, la misma que ha sido realizada bajo mi dirección.

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas

DIRECTOR DEL TRABAJO

Universidad Técnica de Manabí
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Certificación del Tribunal de Revisión y Evaluación, Asesoría Jurídica y Presidente
de la Comisión de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud

Tema

Diagnóstico endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico
no erosiva en pacientes ingresados en el área endoscópica del
hospital del seguro social Chone, noviembre 2013 abril 2014.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación, Asesor Jurídico y
Presidente de la Comisión de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud,
legalizado por el H. Consejo Directivo, como requisito previo a la obtención del
Título de:

MEDICO CIRUJANO
APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler, MN
Decana F.C.S. y Presidenta del Tribunal

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
Presidente Comisión Investigación

Dr. Nelson Campos Vera
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Marjorie Saltos Rivas
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas
Director de Tesis

Ab. Abner Bello Molina
Asesor Jurídico

Declaración sobre derechos de autor

La responsabilidad de las ideas, resultados y conclusiones del presente trabajo investigativo sobre el “Diagnóstico endoscópico de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva en pacientes ingresados en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone, noviembre 2013 abril 2014”, es de exclusiva pertenencia de las autoras, INDIRA ALEJANDRA BRAVO ZAMBRANO Y MAYRA ALEJANDRA CAISACHANA VERA, y del patrimonio intelectual de las tesis de la Universidad Técnica de Manabí.

A través de esta declaración cedemos nuestros derechos de propiedad intelectual correspondiente a este trabajo investigativo, a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina. Según lo establecido por la ley de propiedad intelectual y su reglamento de aplicación.

Indira Alejandra Bravo Zambrano

C.i. 130877196-1

Mayra Alejandra Caisachana Vera

C.i. 131258680-1

Resumen

La enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) se considera generalmente una entidad de larga evolución, con síntomas ocasionales que varían en su intensidad y períodos discontinuos de remisión, considerada una patología no maligna. El presente estudio fue realizado mediante el método descriptivo observacional y prospectivo, con una muestra de 100 personas que presentaron la patología, se pudo concluir que: Prevalece la ERGE no erosiva mayormente en mujeres (66%) y con menos incidencia en los varones (34%), con una edad promedio de 51 – 60 años, cuyos factores de riesgo radicaron en consumir alcohol (10%), fumar (6%); consumo excesivo de café (54%). Se encontró como sintomatología típica de la ERGE, un 74% con pirosis, un 98% ha tenido regurgitación ácida, sin presencia de disfagia. En cuanto a la sintomatología atípica de la ERGE, el 35% sufrieron dolor torácico, un 32% tos crónica, un 15% disfonía y un 2% hipo. Finalmente, se capacitó en la prevención de ERGE no erosiva a los usuarios del área de endoscopía, apoyada en trípticos educativos.

Palabras clave: ERGE, endoscopía, diagnóstico, sintomatología, factores de riesgo, pirosis, regurgitación, disfagia.

Summary

Gastroesophageal reflux disease (ERGE) is usually described as an entity of chronic evolution, with episodic symptoms of varying intensity and intermittent periods of remission, considered a benign disease. Carried out by means of the observational and prospective descriptive method, with a sample of 100 patients that you/they presented the illness, you could conclude that the prevalence of the non-erosive ERGE is given mostly in the women (66%) and with less incidence in the males (34%), with an age average of 51-60 years whose factors of risk resided in the consumption of alcohol (10%), to smoke (6%); I consummate excessive of coffee (54%). It was as typical sintomatología of the ERGE, 74% with pirosis, 98% has had sour regurgitación, without disfagia presence. As for the atypical sintomatología of the ERGE, 35% suffered thoracic pain, 32% chronic cough, 15% disfonía and 2% hiccup. Finally, it was qualified in prevention from the non-erosive ERGE to the patients of the endoscopía area, supported in educational triptyches.

Hard words: ERGE, endoscopía, diagnosis, sintomatología, factors of risk, pirosis, regurgitación, disfagia.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
Descripción y análisis	5
OBJETIVOS	9
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
MARCO REFERENCIAL Y MARCO TEÓRICO	10
Marco referencial	10
Marco teórico	13
Enfermedad por reflujo gastroesofágico	13
Síntomas	15
Factores de riesgo	18
Complicaciones	19
Clasificación	20
Diagnóstico de la ERGE	22
Auxiliares de diagnóstico	24
Otros métodos diagnósticos	26
Tratamiento	28
VARIABLES	29

Variable independiente	29
Operacionalización de las variables	30-31
DISEÑO METODOLÓGICO	32
Tipo de investigación	32
Población y muestra	32
Población	32
Muestra	32
Recolección de datos	34
Plan de Análisis	35
Diseño del procesamiento de la información	35
Recursos de la investigación	36
Talento humano	36
Recursos materiales	36
Recursos tecnológicos	37
Recursos económicos	37
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	38
CONCLUSIONES	54
RECOMENDACIONES	56
PROPUESTA	58
Titulo	58
Responsables	58
Justificación	58

Objetivos	59
Beneficiarios	59
Ubicación Referencial	59
Descripción de la propuesta	60
Sostenibilidad y sustentabilidad	61
Actividades	61
Cronograma de la propuesta	62
Presupuesto de la propuesta	62
Evaluación y Sustentación	63
PRESUPUESTO	64
CRONOGRAMA	65
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	70

Índice de cuadros y gráficos

Cuadro y gráfico No. 1	.....	38
Cuadro y gráfico No. 2	.....	40
Cuadro y gráfico No. 3	.....	42
Cuadro y gráfico No. 4	.....	46
Cuadro y gráfico No. 5	.....	48
Cuadro y gráfico No. 6	.....	50
Cuadro y gráfico No. 7	.....	52
Cuadro y gráfico No. 8	.....	5

INTRODUCCIÓN

La presente investigación determinó el diagnóstico endoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva en pacientes ingresados en el área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone, noviembre 2013 abril 2014.

El problema se centró en el elevado número de pacientes que acudieron día con día, al Hospital del Seguro Social Chone para ser atendidos en el área de endoscopía, presentando síntomas de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), los que muchas veces requirieron de atención inmediata.

Los objetivos alcanzados se centraron en identificar las características socio demográficas de la población en estudio para relacionarlas con las principales causas que ocasionan la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva; identificar los factores de riesgo más importantes asociados a la ERGE, para contrastarlos con las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la enfermedad; relacionar la sintomatología típica y atípica de la ERGE mediante el diagnóstico endoscópico, con la sintomatología que presentan los pacientes del área de endoscopía; y socializar los resultados de la investigación en el área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone.

La metodología empleada fue bibliográfica y el tipo de estudio fue descriptivo, prospectivo, puesto que se recopiló una gran variedad de información tangible como fueron; textos, folletos, boletines informativos, revistas, periódicos, internet, etc., con la cual se pudo obtener información directa de los pacientes ingresados en el área de endoscopía del Hospital, utilizando para el efecto, encuestas a la muestra poblacional en estudio y sobre todo la historia clínica de los pacientes, que para efecto de la presente investigación tomó el nombre de ficha de observación estructurada.

JUSTIFICACIÓN

La Enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) se ha venido convirtiendo en una de las patologías más habituales dentro de cada grupo poblacional en diversos lugares del planeta, esta afirmación se hace, debido a la consulta de diferentes autores en sus investigaciones. Afecta entre el 35% de los adultos, con su sintomatología típica y atípica, de las cuales las más frecuentes son la pirosis y la regurgitación ácida. De cada 100 personas, 70 son prescritas para tratamiento de la sintomatología y 30 están afectados por esofagitis. (Vial, 2009)

La presente investigación fundamenta su justificación en el interés personal de las autoras, la relevancia humana, científica y contemporánea, así como los beneficios que para las ciencias de la salud, conlleva su desarrollo.

Desde la perspectiva del interés personal, el estudio de la técnica apropiada para la realización del diagnóstico endoscópico que detecta la ERGE, demanda ser analizado; ya que los pacientes requieren una orientación personal especializada tanto para la prevención como para el seguimiento adecuado del tratamiento recomendado por el médico especialista.

La relevancia humana radicó justamente en haber determinado los factores de riesgo de mayor importancia asociados a la ERGE, para contrastarlos con las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la enfermedad en las personas afectadas.

Teniendo en cuenta la perspectiva de la relevancia contemporánea, el diagnóstico endoscópico se considera un mecanismo eficaz para detectar varias de las patologías gastroesofágicas, coadyuvar en la valoración del grado de la enfermedad y la prescripción del tratamiento correspondiente; que actualmente se utiliza diariamente en los pacientes atendidos en el área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone.

La relevancia científica de la investigación está en los resultados de la misma, los cuales son un aporte positivo para el área de endoscopía del Hospital, con datos cualitativos y cuantitativos que pueden ser utilizados de manera práctica para fortalecer el trabajo de la medicina en dicha área.

La investigación es pertinente, porque a nivel nacional existen muy pocos estudios descriptivos epidemiológicos sobre la ERGE que muestran tanto el comportamiento como los factores que se asocian con mayor frecuencia a su patogenia en el cantón Chone; teniendo en cuenta también que una pieza clave en su prevención y manejo es la concientización del paciente, para disminuir los hábitos nocivos higiénicos o alimenticios establecidos en la consulta. Así mismo, es de vital importancia efectuar una mejor valoración del paciente con ERGE a partir del binomio endoscopía / pH metría (no se practica en el Hospital del Seguro Social de Chone); de manera que se le pueda impartir el tratamiento más adecuado a su condición.

El trabajo involucró tanto beneficiarios directos, cuanto beneficiarios indirectos. Los beneficiarios directos estuvieron constituidos por los pacientes atendidos en el área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone y el personal del área de endoscopía, por cuanto este estudio aportó con estadísticas actuales y reales sobre los pacientes que padecen la ERGE. Los beneficiarios indirectos están constituidos por el resto del personal del Hospital.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS

DESCRIPCIÓN

Los estudios inherentes a la ERGE indican que en los países occidentales la ERGE tiene más prevalencia, así, el 25% de las personas sufren de pirosis por lo menos una vez en el mes, el 12% sufre de pirosis por lo menos una vez en la semana, y hasta un 5% padece la sintomatología diariamente. La mayoría de los estudios de prevalencia realizados en el mundo consideran como ERGE, a la presencia de pirosis y/o regurgitación por lo menos 1 vez en la semana, ya que la sintomatología influye significativamente en la calidad de vida del afectado, cuando ésta aparece en la semana, por 2 o más de 2 veces. (Barceló, 2011)

La prevalencia de patologías gastrointestinales diagnosticadas por endoscopía en el departamento de gastroenterología del hospital del IESS de Chone es bastante significativa, así, de acuerdo a datos facilitados por el área de video endoscopía del Hospital del Seguro Social de Chone, para el año 2011 se atendieron 688 pacientes en el área de endoscopía; 1.108 pacientes en el año 2012; y 1.071 pacientes en el año 2013. Durante los dos últimos meses del año 2013 se atendieron a 234 pacientes, de los cuales, 45 pacientes fueron

diagnosticados con ERGE; de tal forma que, en el mes de Noviembre de 2013, de los 132 pacientes atendidos, 21 presentaron ERGE no erosiva y 4 ERGE erosiva. En el mes de diciembre de 2013, de los 102 pacientes atendidos; 16 presentaron ERGE no erosiva y 4 ERGE erosiva.

Lo expuesto anteriormente prevalece más aún si los malos hábitos alimenticios, junto a los hábitos de higiene, persisten en los individuos, ligado lo dicho a que, algunos de los factores asociados a la ERGE son los factores ambientales como el consumo de tabaco, alcohol y de fármacos anticolinérgicos; los factores genéticos como el hereditario de la ERGE; los factores demográficos como el embarazo y el IMC; y la comorbilidad con el síndrome del intestino irritable (SII), la litiasis biliar, la ansiedad y depresión, y los síntomas psicósomáticos. (Barceló, 2011)

La ERGE como cualquier enfermedad puede ocasionar cambios en el nivel de vida cotidiano de las personas afectadas, en comparación con otras patologías crónicas como la depresión, la hipertensión arterial y la diabetes. Las personas que sufren de ERGE generalmente tienen un mejor rendimiento físico, por lo que podría decirse que habría una mejor percepción de su salud física, pero muy por el contrario, presentan una mala salud mental frente a los diabéticos; menos porcentaje de dolor que los hipertensos, y un alto porcentaje medio en comparación con los afectados por la depresión. (Johnson, 2007)

ANÁLISIS

El reflujo gastroesofágico (RGE) se está considerando como una afectación común y habitual, sobretodo en la adultez, a nivel mundial. Así, de acuerdo a estadísticas proporcionadas por el área de gastroenterología del Hospital del Seguro Social Chone, aproximadamente el 7% de los pacientes atendidos presentan pirosis diaria; el 14% pirosis semanal y el 15% pirosis mensual. Otros estudios que han evaluado la frecuencia del RGE, han arrojado resultados del 27% que consume antiácidos más de 2 veces en el mes; el 95% presenta toda la sintomatología del reflujo, concluyendo que aproximadamente 2/3 y el 50% de los pacientes se han visto afectados por lesiones endoscópicas. (Johnson, 2007)

Estas estadísticas adquieren mayor importancia cuando se ha evidenciado que son muy pocos pacientes con RGE que acuden a la consulta con el médico especialista (gastroenterólogo), ya que prefieren visitar al médico general, quedando una gran mayoría que no acude al médico, pues prefieren la automedicación, aun cuando presentan graves lesiones. Lo cual puede deberse a que no necesariamente la totalidad de los pacientes afectados por la ERGE presentan lesiones de la mucosa esofágica; de hecho existen pacientes con graves lesiones causadas por el RGE, pero asintomáticos, en contraste con otros pacientes con fuertes sintomatologías, pero con resultados endoscópicos negativos. Concluyendo que no hay correspondencia entre las lesiones del

esófago, su intensidad y las pruebas clínicas, lo que hace que exista un amplio abanico de posibilidades dentro de la ERGE. (Johnson, 2007)

De tal forma que la ERGE no erosiva o endoscopía negativa y la pirosis funcional, patologías con evoluciones fisiopatológicas no definidas, son las que presentan mayor prevalencia en los pacientes atendidos en el área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone.

Basado en lo expuesto se formula el problema de investigación, ¿Cómo se diagnostica la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva en pacientes ingresados en el área endoscópica del Hospital del Seguro Social Chone?. Producto del cual se derivan sub problemas como, ¿Cuáles son las características socio demográficas de la población en estudio para relacionarlas con las principales causas que ocasionan la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva?, ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes asociados a la ERGE, para contrastarlos con las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la enfermedad?, ¿Cuál es la sintomatología típica y atípica de la ERGE mediante el diagnóstico endoscópico, con la sintomatología que presentan los pacientes del área de endoscopía?, ¿Cómo socializar los resultados de la investigación en el área endoscópica del Hospital del Seguro Social Chone?.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el diagnóstico endoscópico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva en pacientes ingresados en el área endoscópica del Hospital del Seguro Social Chone, noviembre 2013 abril de 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las características socio demográficas de la población en estudio para relacionarlas con las principales causas que ocasionan la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva.

Identificar los factores de riesgo más importantes asociados a la ERGE, para contrastarlos con las características sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas de la enfermedad.

Relacionar la sintomatología típica y atípica de la ERGE mediante el diagnóstico endoscópico, con la sintomatología que presentan los pacientes del área de endoscopia.

Socializar los resultados de la investigación en el área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone.

MARCO REFERENCIAL Y MARCO TEÓRICO

MARCO REFERENCIAL

A escala internacional, en Chiclayo, Perú, en la escuela de medicina de la universidad católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT), los autores, Fernando Cubas Benavides y Franco León Jiménez, en el año 2010, realizaron la investigación sobre la prevalencia de la ERGE y la forma en que puede afectar la calidad de vida de los adultos de Chiclayo, cuyos resultados fueron que: el 26,51% de afectados por la ERGE (92 personas). El 64% fueron mujeres. Los síntomas fueron, 20,37% con dolor torácico, el 19,31% con regurgitación y el 18% con tos nocturna. Se concluye que ERGE tuvo prevalencia en 26,51%, sobre todo en las mujeres, lo cual afecta sustancialmente su calidad de vida. (Cubas, F. y Jiménez, F., 2010)

En el Cusco, Perú, en la universidad nacional San Antonio Abad del Cusco, los facultativos, Jean Castelo Vega, Rogers Olivera, Héctor Páucar Sotomayor y Juan Flores Aldea, en el año 2013, realizaron una investigación acerca del RGE, factores de riesgo, sus características clínicas y endoscópicas. El 13% del

diagnóstico por endoscopía correspondió a la esofagitis por RGE, con el 65% de presencia de varones, con un edad entre los 51 a 64 años. El 84% presentó como síntoma la dispepsia, el 44% pirosis y el 30% regurgitación. El 9% presentaron síntomas extra digestivos presentaron poco frecuentes. En el 94% de los casos, el diagnóstico de esofagitis se lo realizó en una etapa inicial de la enfermedad. Se encontró además correspondencia entre la esofagitis y la hernia hiatal.

El RGE arrojó como factores de riesgo, la toma de AINES, de café, la obesidad, el tabaco y alcohol etílico, las mentas, las grasas, el consumo de nitratos, el consumo de benzodiazepinas, inhibidores de calcio. (Castelo, J., Olivera, R., Páucar, H. y Flores, J., 2013)

En Madrid, España, en la universidad Complutense de Madrid, en el año 2011, Marta Barceló, realizó una investigación sobre obesidad, cambio de peso y desarrollo de la ERGE, llegando a conclusiones como: cuando una persona ha ganado peso, sin importar cuántos kilos, está propensa a desarrollar la ERGE, lo mismo ocurre cuando la persona ya tiene sobrepeso o ha entrado en un nivel de obesidad; también aquellas personas hipocondriacas pueden desencadenar en adquirir la ERGE. La ERGE puede desarrollarse también a partir de la somatización, aunque se tenga o no, un nivel patológico de somatización, lo que quiere decir que tanto la somatización y cualquier rasgo de ésta, pueden incidir en el desarrollo de la ERGE. (Barceló, 2011)

En Madrid, España, en la universidad Complutense de Madrid, los doctores, Enrique Díaz y Julio Ponce, en el año 2009, realizaron una investigación denominada ERGE, llegando a las siguientes conclusiones: el 2,7 al 4,5% del total de las consultas médicas se debe a la ERGE. El 7% tuvo síntomas de inicios de la enfermedad, el 25% a recidiva, el 60% a persistencia. El 70% de los casos presentaron la ERGE no erosiva. El 88% ya padecían la enfermedad, de los cuales el 55% visitó al médico por su sintomatología. El 60% fueron diagnosticados por la existencia de los síntomas característicos de la ERGE, y el 45% fueron diagnosticados por endoscopia o por revisión del especialista.

El tratamiento del 53% de los pacientes fue mediante inhibidores de la bomba de protones (IBP). Al 95% de pacientes se los trató con un IBP. Las personas con ERGE pierden alrededor de 201 días de trabajo por cada 100.000 habitantes por año. Un estudio mostró que $\frac{1}{4}$ parte de los pacientes diagnosticados con ERGE han perdido días de trabajo en los 6 meses previos, con una media de 10 días por paciente. Dentro del impacto socioeconómico de la ERGE está el absentismo laboral, el presentismo, los pacientes afectados de ERGE arrojan una pérdida laboral de siete horas por semana de trabajo, lo cual equivale a una pérdida económica de alrededor de los 120 euros por semana de trabajo. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

A nivel nacional, en el distrito metropolitano de Quito, en la universidad San Francisco de Quito, en el año 2011, la egresada María Naranjo, realizó una tesis

sobre la prevalencia de enfermedades gastrointestinales en niños atendidos en el hospital metropolitano de Quito, durante 1 año, cuyos resultados fueron: 215 niños atendidos en edades de hasta 11 meses, 1 a 4 años 11 meses, 5 a 9 años 11 meses y 10 a 15 años, de los cuales 214 fueron diagnosticados por endoscopia, con predominancia del sexo femenino. Se realizaron 490 endoscopías, el 6% presentaron esofagitis. Las patologías del estómago representaron el 50%, y las del duodeno el 5,5%. Con presencia de duodenitis en el 2,9%, el 21.9% fue diagnosticado con gastritis crónica por helicobacter pylori. Los niños con helicobacter pylori alcanzaron el 24.18%. (Naranjo, 2011)

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es conocida también como ERGE se utiliza para describir la enfermedad producida por el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago". (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

Así mismo, leyendo en la investigación de Vakil, N. et al. (2006) citado por Díaz y Ponce (2009), se conoció que en el consenso de Montreal, se definió a la ERGE como "una condición patológica que aparece cuando el reflujo del

contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones”. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009, pág. 1)

La ERGE comprende a aquellas personas que han visto deteriorada su salud y por ende su calidad de vida, debido a la sintomatología presentada. Además de todos los pacientes que como consecuencia del reflujo gastroesofágico (RGE), se encuentran propensos a sufrir varias complicaciones de salud, como la hemorragia digestiva alta y la estenosis. (Vial, 2009, pág. 1)

Estudiando en la publicación de (Rozman, 2014) se observó que:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es el resultado del paso del contenido gástrico al esófago. Hay que recordar que una cierta cantidad de reflujo gastroesofágico (RGE) es normal y ocurre en sujetos sanos. Así, la ERGE se define como la condición patológica que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones. (p. 15)

De acuerdo a la definición expuesta, puede afirmarse que la ERGE comprende desde aquellos pacientes con esofagitis péptica complicada hasta los que presentan sintomatología, pero no presentan lesiones. La ERGE es una patología muy común en la población general, de allí que “los síntomas típicos (pirosis y regurgitación) los sufre cada mes el 25%de los adultos del mundo

occidental, cada semana el 12% y a diario el 5%. La prevalencia de ERGE entre la población española es del 15%". (Rozman, 2014, pág. 16)

Síntomas

La ERGE tiene sintomatología típica y atípica, dentro de los cuales la pirosis o ardor de pecho y la regurgitación ácida o presencia de sustancia amarga-ácida en la boca, son los síntomas típicos. Dentro de los síntomas atípicos se tiene la disfonía, tos crónica, hipo y dolor torácico. (Rozman, 2014)

Muchas veces, es la pirosis el principal síntoma que se manifiesta en los pacientes, ya que predomina sobre la regurgitación ácida. El dolor torácico a veces, también es la sintomatología única que la enfermedad origina en el paciente, a lo que debe prestársele mucha atención, pues fácilmente se confunde con el dolor coronario. (Vial, 2009)

Síntomas típicos. Analizando en el texto de (Feldman, M., Friedman, L., y Brandt, L., 2008), se encontró que:

La pirosis (ardor) es uno de los síntomas digestivos más frecuentes en la población occidental. De hecho es tan frecuente que muchas personas creen que es normal y no consultan al médico... La sensación de ardor comienza a menudo en la zona inferior y se irradia por toda la región retroesternal hasta el cuello, en ocasiones a la espalda y pocas veces a los brazos. El ardor causado por reflujo ácido puede mejorar, aunque de modo

transitorio, por la indigestión de antiácidos, bicarbonato o leche... La pirosis aparece con más frecuencia en la hora siguiente a la comida, en especial tras la comida principal del día. Los azúcares, chocolate, cebollas, carminativos y alimentos grasos pueden empeorarla al disminuir la presión del EEI. (p. 115)

En la publicación de (Feldman, 2008), se estudió que:

La pirosis puede ir acompañada por la presencia de líquido en la boca, bien material ácido amargo o líquido salado. La regurgitación es el retorno de líquido ácido amargo a la boca y, en ocasiones, el retorno sin esfuerzo de alimento, ácido o material bilioso desde el estómago. La regurgitación es más frecuente durante la noche o cuando el paciente se agacha. La ausencia de náuseas, arcadas y contracciones abdominales indica regurgitación y no vómito. (p. 115)

Además en la misma obra de (Feldman, 2008), se pudo evidenciar que:

La disfagia siempre indica un funcionamiento anormal de algún tipo del esófago, aunque los trastornos psiquiátricos asociados pueden amplificar este síntoma. La disfagia es un síntoma frecuente que afecta al 12% de los pacientes ingresados en un hospital de agudos y a más del 50% de los ingresados en un hospital de crónicos. (p. 109)

Síntomas atípicos. Investigando en la obra de (Feldman, 2008), se pudo saber que:

El dolor torácico de origen esofágico puede ser indistinguible, tanto para el paciente como para el médico, de la angina de pecho, el esófago es adyacente al corazón y comparte su inervación. De hecho, una vez descartada una enfermedad cardíaca, los trastornos esofágicos son probablemente la causa más frecuente de dolor torácico... El dolor torácico esofágico se describe por lo general como sensación subesternal de compresión o quemazón que se irradia a la espalda, cuello, mandíbula o brazos. Aunque no siempre está relacionado con la deglución, el dolor puede aparecer por la ingestión de líquidos calientes o fríos. Puede despertar al paciente durante el sueño y puede empeorar durante periodos de tensión emocional. La duración del dolor oscila entre minutos y horas, y el dolor puede ser intermitente durante varios días. Aunque el dolor puede ser intenso y hace que el paciente esté inquieto y sudoroso, por lo general desaparece de modo espontáneo y puede mejorar con antiácidos. (p.113)

Analizando en el libro de (Feldman, 2008), se pudo observar que:

El hipo (singulto) está causado por una combinación de contracción diafragmática y cierre glótico... La mayoría de los casos de hipo son idiopáticos, pero este síntoma puede estar relacionado con muchos trastornos (traumáticos, masas, infecciones) que afectan al sistema nervioso central, tórax o abdomen. Las causas digestivas son ERGE,... El

hilo aparece con frecuencia tras una comida abundante. No suele ser necesario tratamiento porque la mayoría de los casos son autolimitados... El tratamiento antiácido puede ser razonable en algunos pacientes porque el hipo se asocia a ERGE. (p.113)

Factores de riesgo

Estos pueden ser genéticos o familiares, el sobrepeso y la obesidad, hábitos tóxicos, mala alimentación y el uso de fármacos.

Edad y sexo. De la bibliografía consultada puede extraerse que la edad y el sexo masculino se corresponden con la presencia de la ERGE y su sintomatología, además está relacionada con la presencia de esofagitis grave en los pacientes. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

Sobrepeso y obesidad. Un factor íntimamente ligado al desarrollo de la ERGE es el sobrepeso y obesidad en las personas, inclusive cuando existe la sintomatología de la enfermedad y la persona presenta un incremento en su peso corporal, es inevitable que se acrecienten los síntomas de la ERGE. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

Hábitos tóxicos. Factores que inciden en acrecentar la sintomatología de la ERGE son también los cigarrillos y el alcohol etílico, pero no pueden ser considerados como factores predictivos del RGE o de la ERGE. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

Alimentación. Se ha consultado en varios autores que algunos alimentos puede ser un desencadenante de la sintomatología de la ERGE, aunque en otros estudios no se asevere tal consideración, debido a la diversidad de comidas que pueden consumirse en las diferentes regiones del mundo. Aun así, de la información consultada, se ha visto que, aquellos alimentos con exceso de grasas, lácteos con toda su crema, las comidas rápidas o denominadas chatarra, el abuso de gaseosas y de té, sí que son un factor que predispone al paciente a verse afectado por la ERGE. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

Uso de fármacos. En el tratamiento de cada 40 de 100 pacientes existen medicamentos que pueden empeorar el reflujo, lo cual no podría afirmarse totalmente. Cuando se ha prescrito AINES al paciente, tampoco puede decirse que son predictorios de los síntomas del RGE. (Díaz, E. y Ponce, J. , 2009)

Complicaciones

Analizando en el artículo de Castro y Rojas (s. f.), se encontró que una de las complicaciones más habituales de la ERGE corresponde a la esofagitis erosiva, que significa una inflamación, enrojecimiento y erosiones de la mucosa

esofágica, acompañado de odinofagia o dolor al tragar y hemorragia digestiva aguda o crónica, que desencadena un estado de anemia en el paciente.

La ERGE podría ocasionar complicaciones en la laringe o los bronquios, ocasionando laringitis, ronquera o disfonía, broncoespasmo (cierre de los bronquios), disnea (sensación de dificultad respiratoria) que se produce en los pacientes con asma bronquial, debido al material refluido que pasa por las vías respiratorias obstaculizándolas y haciendo difícil la entrada del aire al sistema respiratorio. (Castro, M. y Rojas, M. , s. f.)

Clasificación de la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Actualmente se ha verificado que la ERGE se presenta y evoluciona de maneras diferentes en cada afectado, así mismo, el tiempo que pueden durar los síntomas y su gravedad, no están relacionados mayormente con que el paciente padezca de esofagitis. (Barceló, 2011)

De acuerdo a lo expuesto, la ERGE se clasificaría en tres diferentes formas: ERGE no erosiva, ERGE erosiva y esófago de Barrett. Todas las formas de ERGE pueden contener sintomatología típica y atípica, así como las complicaciones derivadas, dependiendo de su tratamiento o no. (Barceló, 2011)

Además, en la misma tesis de (Barceló, 2011) se encontró que únicamente se considera como ERGE, a aquella en la que la sintomatología ocurre cuando hay reflujo ácido desde el estómago, totalmente diferente de la pirosis funcional, clásica del esófago.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva

Leyendo en la obra de (Barceló, 2011) se supo que la ERGE no erosiva “implica la existencia de RGE sintomático sin lesiones esofágicas ni de otras estructuras. Además puede presentarse sin que exista en la Ph-metría evidencia de RGE patológico”. (p. 27). Además la ERGE no erosiva es muy habitual en hasta la mitad del total de una población determinada en estudio. Es decir que por cada 100 personas al azar de una muestra, entre 40 y 60 de ellas, pueden verse afectadas por la ERGE no erosiva, y en muy poco porcentaje, esta tipología puede agravarse hasta la ERGE erosiva.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva

A la ERGE erosiva también se la conoce con el nombre de esofagitis péptica, característica porque la mucosa esofágica presente un enrojecimiento, debido a la fragilidad de la circunferencia esofágica, a la hiperemia, a las zonas de erosión y las de leucoplasia, todo esto considerando el aspecto de la macroscopía. Pero, considerando el aspecto de la microscopía, cuando existe una esofagitis

leve, las alteraciones esofágicas comprenden una posible hiperplasia de la capa basal, la elongación de las papilas hacia la superficie, inclusive hemorragias graves. (Barceló, 2011)

Esófago de Barrett

Es un porcentaje bajo el que se ha registrado por afectados de esta enfermedad, que es consecuente de la mucosa esofágica por un intento de defensa, lo cual además desencadena una patología adicional denominada metaplasia columnar. (Barceló, 2011)

Así mismo, consultando en la misma publicación de (Barceló, 2011), se pudo observar que:

Se considera esófago de Barrett cualquier extensión, determinada endoscópicamente, de metaplasia columnar localizada en el esófago distal cuando la biopsia demuestre una arquitectura histológica de epitelio de tipo intestinal especializado. (p. 29)

DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE)

A varios de los especialistas en gastroenterología les basta el historial clínico del paciente, para determinar si existe o no, presencia de la ERGE. En este

pueden observar su sintomatología, típica o atípica, la utilización de fármacos anti secretores de la mucosa, etc. También, hacen mucho uso de la endoscopia oral, que aunque no se precisa para el diagnóstico, si es bastante utilizada en los pacientes afectados por la ERGE, cuando manifiestan dificultad para tragar, pérdida de peso o anemia, que se consideran como complicaciones de su cuadro clínico, o que presenten sintomatología atípica, o no presenten mejoría con el tratamiento, o en su defecto estén afectados por otras enfermedades. Además, cuando al paciente se le haya programado una cirugía puede utilizarse la endoscopia para proporcionarle más conocimiento de la situación de la ERGE, al médico especialista. (Castro, M. y Rojas, M. , s. f.)

La pH-metría esofágica ambulatoria es un método muy efectivo para diagnosticar si existe reflujo gastroesofágico, o para pacientes que ya hayan sido diagnosticados con ERGE pero que no han respondido satisfactoriamente al tratamiento. El procedimiento comienza por introducir una muy delgada sonda plástica por las fosas nasales hasta llegar al esófago inferior. El paciente, con la sonda conectada a un dispositivo de registro colocado en un cinturón, puede continuar sus actividades diarias durante 24 horas. En el registro se especifica la existencia de RGE, la cantidad, la duración, relación con la ingesta, con la posición y de otros síntomas que lo aquejen. (Castro, M. y Rojas, M. , s. f.)

Consultando en la publicación de (Suárez, J., Erdozaín, J., Comas, C. y Villanueva, R., 1999), se encontró que para los pacientes que presentan la

sintomatología típica de la ERGE, tales como pirosis, regurgitación ácida, disfagia y otros derivados, es fundamental someterlos a un tratamiento piloto o de prueba, sin tener que utilizar otras herramientas diagnósticas, únicamente en casos de fuerza mayor, en donde el paciente presente algún síntoma grave o de alarma, en los que se tenga que considerar otro tipo de estudio para determinar el grado y afectación de la patología.

Se precisa de investigación adicional en pacientes que no han respondido satisfactoriamente a la prescripción médica preliminar, en pacientes con sintomatología atípica de la ERGE, en pacientes que presentan sintomatología grave, y en pacientes prescritos para una posible cirugía. (Suárez, et al., 1999)

Auxiliares de Diagnóstico

La exploración complementaria que comienza por valorar el daño de la mucosa esofágica es aconsejable por los especialistas. Para esto se utiliza la técnica de endoscopia digestiva alta, la cual determinará si existe presencia de esofagitis y permitirá establecer un diagnóstico diferencial por otros motivos de esofagitis o con otras patologías digestivas que derivan como ERGE (neoplasias, úlceras gastroduodenales, etc.). Mediante el estudio baritado únicamente se puede detectar la presencia de esofagitis severa (úlceras y estenosis), pero no permite observar cambios inflamatorios mucosos leves o determinar la existencia

de un esófago de Barrett no complicado, algo que si lo determina la endoscopia.
(Suárez, et al., 1999)

En el caso de pacientes con síntomas típicos de ERGE severos con estudios radiológicos y endoscópicos negativos; en el caso de pacientes con síntomas atípicos de ERGE como el dolor torácico, faringitis, clínica respiratoria, etc., para poder confirmar el diagnóstico médico. En el caso de pacientes programados para cirugía; se deben realizar estudios diagnósticos adicionales, como la pHmetría y manometría. (Suárez, et al., 1999)

Así mismo en la obra de (Suárez, et al., 1999), se estudió que:

Existe correlación entre la mejoría-respuesta terapéutica a antsecretorios y el diagnóstico de ERGE por pHmetría en dos tercios de los casos, pero sólo se beneficiaron de esta técnica el 17 % de los casos de ERGE que no respondieron a antsecretorios, en los que la pHmetría confirmó su diagnóstico... (p. 99)

La endoscopia es una técnica que facilita determinar y evaluar la presencia de esofagitis en un paciente. (Zárate, 2012)

Cuando el paciente presenta síntomas de disfagia u odinofagia, que aunque se esté en tratamiento, no desaparezcan, o cuando hayan síntomas extraesofágicos de la ERGE en pacientes normales, o cuando se presenten síntomas esofágicos

en personas con bajas defensas, es cuando se debe realizar la endoscopia.
(Zárate, 2012)

Analizando en la obra de (Rozman, 2014), se conoció que la endoscopia tiene dos clasificaciones, la de Savary Miller y la de Los Ángeles. La clasificación de Savary – Miller comprende cuatro grados de lesiones, que son, el Grado I que comprende lesiones erosivas individuales o aisladas, el grado II, que abarca varias lesiones erosivas, el grado III que son lesiones erosivas circunferenciales y el grado IV que son lesiones crónicas como úlceras, estenosis, esófago corto, solo o asociado con lesiones de grados I a III, y el grado V que comprende el epitelio columnar en continuidad con la línea Z, no circulares, en forma de estrella, o circunferencial, solo o asociado con lesiones grados I a IV.

La clasificación de los Ángeles contiene cuatro grados que son el Grado A, grado B, grado C y grado D. El grado A comprende 1 o más lesiones de la mucosa esofágica, inferiores a 5 mm; el grado B comprende 1 o más lesiones de la mucosa esofágica, superiores a 5 mm; el grado C comprende 1 o más lesiones de la mucosa que la afectan en menos del 75%. El grado D implica 1 o más lesiones de la mucosa que la afectan en el 75% o más. (Rozman, 2014)

Otros métodos diagnóstico

Existen otros métodos o formas para diagnosticar la ERGE y son, la radiología con contraste, el test de Bernstein, la manometría esofágica y el diagnóstico diferencial.

Radiología con contraste. No se utiliza actualmente en el diagnóstico de la ERGE, debido a su poca exactitud en los resultados, se si compara con las de la endoscopía. (Zárate, 2012)

Test de Bernstein. Este método tampoco se utiliza en la actualidad para el diagnóstico de la ERGE con sintomatología típica. (Zárate, 2012)

Manometría esofágica. La manometría esofágica se utiliza actualmente para localizar el EEI y en la pH metría, pero se usa muy poco como herramienta previa a la cirugía. (Zárate, 2012)

Diagnóstico diferencial. Revisando en la publicación de (Zárate, 2012), se pudo estudiar que:

En los pacientes cuyos síntomas gastrointestinales se acompañan de dolor torácico sin causa aparenten deben realizarse un electrocardiograma y prueba de esfuerzo antes de la evaluación gastrointestinal. Más aún en pacientes con isquemia miocárdica suelen presentar solo síntomas gastrointestinales. La diferencia entre la esofagitis infecciosa o la péptica o

de cualquier etiología, o la esofagitis por medicamentos orales por lo general se establece por endoscopia. (p. 8)

Tratamiento

El tratamiento de la ERGE pretende el alivio de la sintomatología mediante la cura de la enfermedad, evitando la reincidencia clínica y sobre todo la prevención y el trato de las posibles complicaciones. Cuando la ERGE entra a una fase aguda, su tratamiento depende del daño de la mucosa esofágica, cuando no hay daño (no hay esofagitis) un 35% de los pacientes sometidos al tratamiento tendrán alivio sintomático y el 65% tendrá una recidiva precoz (empeoran) o puede continuar sintomáticos. (Suárez, et al., 1999)

En los casos de ERGE con presencia de esofagitis, una vez sometidos al tratamiento preliminar, tiene sus excepciones curarse de esta enfermedad, así, cuando se suspende el tratamiento, tanto la enfermedad como el daño de la mucosa esofágica serán recidivas en un 80 a 90% de los pacientes, los cuales necesitarán mayormente, cirugía o terapia antsecretora crónica, dependiendo del nivel de esofagitis que presentan, así, cuando han transcurrido seis meses en que el paciente ha suspendido el tratamiento de la enfermedad, es el 15% y el 41% del grado I y III de esofagitis que recidivan. (Suárez, et al., 1999)

VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALAS	
ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVA	Entidad causante de un conjunto de síntomas de aparición intermitente y crónica que puede producir lesiones a nivel esofágico. La ERGE puede presentarse de forma típica o atípica. (Zárate, N. 2012, p. 4)	Aspectos demográficos de los pacientes.	Edad	20 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 61 - 70 71 – 80 81 – 85	
			Género	Masculino Femenino	
			Ocupación	Empleado público Empleado privado Ama de casa Estudiante	
			Diagnóstico endoscópico por clasificación Los Ángeles	Grado A	Erosión única Erosiones múltiples Erosiones longitudinales y aisladas
				Grado B	Erosiones múltiples Erosiones longitudinales Erosiones confluentes.
			Grado C	Erosiones circunferenciales.	
Sintomatología típica	Grado D	Úlceras Estenosis Braquiesófago Metaplasia gástrica de Barrett.			
		Pirosis			
			Regurgitación ácida		

Sintomatología	Disfagia
Sintomatología atípica	Tos crónica Disfonía Dolor torácico Hipo
Factores de riesgo	Comida chatarra Embutidos Gaseosas Exceso de grasas Exceso de lácteos enteros Comidas picantes Consumo excesivo de té
Malos hábitos de salud	Fumar Beber alcohol Abuso del café

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para la elaboración del trabajo investigativo, se utilizaron dos tipos de investigación, descriptivo y prospectivo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN

Se consideró como universo de estudio o población al total de usuarios con ERGE no erosiva ingresados en el área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone, durante los meses noviembre y diciembre del 2013, y los meses enero hasta abril del 2014, que corresponden a 530 pacientes.

MUESTRA

Para determinar el tamaño de la muestra se aplicó la siguiente fórmula estadística.

N= Tamaño de la muestra = 530

z= Nivel de confianza 95% = 1.96

P= Probabilidad de ocurrencia 50% = 0,50

Q= Probabilidad de no ocurrencia 50% = 0,50

n= Población

e= Nivel de significación 9% = 0,09

$$n = \frac{z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{z^2 \cdot P \cdot Q + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5)(530)}{(1,96)^2 \cdot (0,5)(0,5) + (530)(0,09)^2}$$

$$n = \frac{(3,84)(0,5)(0,5)(530)}{(3,84)(0,5)(0,5) + (530)(0,081)}$$

$$n = \frac{509,01}{0,96 + 4,29}$$

$$n = \frac{509,01}{5,25}$$

$$n = 96,89$$

$$n = 97$$

El resultado de la muestra se resume en el cuadro a continuación:

	UNIVERSO	MUESTRA
Pacientes ingresados con ERGE no erosiva	530	97
TOTAL	530	97

Como resultado de la fórmula se obtuvo una muestra de 97 pacientes, pero se trabajará con una muestra de 100 pacientes, de manera que al expresar los porcentajes de los resultados, sean más comprensibles.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de la información se aplicaron encuestas dirigidas a los pacientes con ERGE no erosiva para la cual se aplicó un cuestionario de preguntas basándose en los test de Jhonson y Clarkson. Previo a la cual, se realizó el consentimiento informado a los pacientes, de manera que conocieran el instrumento y objetivos de la recolección de datos, y decidieran colaborar o no en la investigación.

Utilizando la técnica de la observación se recolectó información de las historias clínicas que reposan en el área de estadística del hospital del seguro social Chone.

Luego se empleó el método estadístico para representar gráficamente los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta y la ficha de observación a la muestra poblacional.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez efectuadas las encuestas, se procedió a tabularlas estadísticamente, para realizar los cuadros y gráficos respectivos, finalmente se realizó el análisis de los resultados y su interpretación, de conformidad con los criterios personales de las investigadoras.

DISEÑO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para el procesamiento de la información teórica se utilizó el procesador de texto de Microsoft Word; para realizar la tabulación de la encuesta como técnica de recolección de datos se empleó la hoja de cálculo de Microsoft Excel; y finalmente para la presentación del informe final de la investigación en la

sustentación del trabajo mediante la proyección de diapositivas, se hizo uso del programa Microsoft Power Point.

RECURSOS DE LA INVESTIGACIÓN

TALENTO HUMANO

Investigadoras

Director de tesis

Director del área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone

Personal que labora en la institución

Pacientes con ERGE no erosiva del área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone

RECURSOS MATERIALES

Hojas bond A4

Anillados

Lápices

Esferos

Borradores

Correctores

Resaltadores

Cuaderno de notas

Libros de medicina

Texto de normas APA

Revistas médicas

Publicaciones médicas

Fichas clínicas

RECURSOS TECNOLÓGICOS

Laptop

Impresora

Scáner

Cámara digital

Teléfonos móviles

Pendrives

Infocus

RECURSOS ECONÓMICOS

La investigación tuvo un costo de 551,65 de los Estados Unidos de América, financiados en su totalidad por las autoras de la investigación.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Cuadro No. 1

Distribución de edad y género de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone, Noviembre 2013- Abril 2014

Orden	Género Edad	Masculino		Femenino		Total	
		f	%	f	%	f	%
1	20 a 30 años	2	2	5	5	7	7
2	31 a 40 años	8	8	10	10	18	18
3	41 a 50 años	6	6	17	17	23	23
4	51 a 60 años	9	9	20	20	29	29
5	61 a 70 años	6	6	9	9	15	15
6	71 a 80 años	3	3	4	4	7	7
7	81 a 85 años	0	0	1	1	1	1
Total		34	34	66	66	100	100

Fuente: Historia clínicas de pacientes área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone.
Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A.

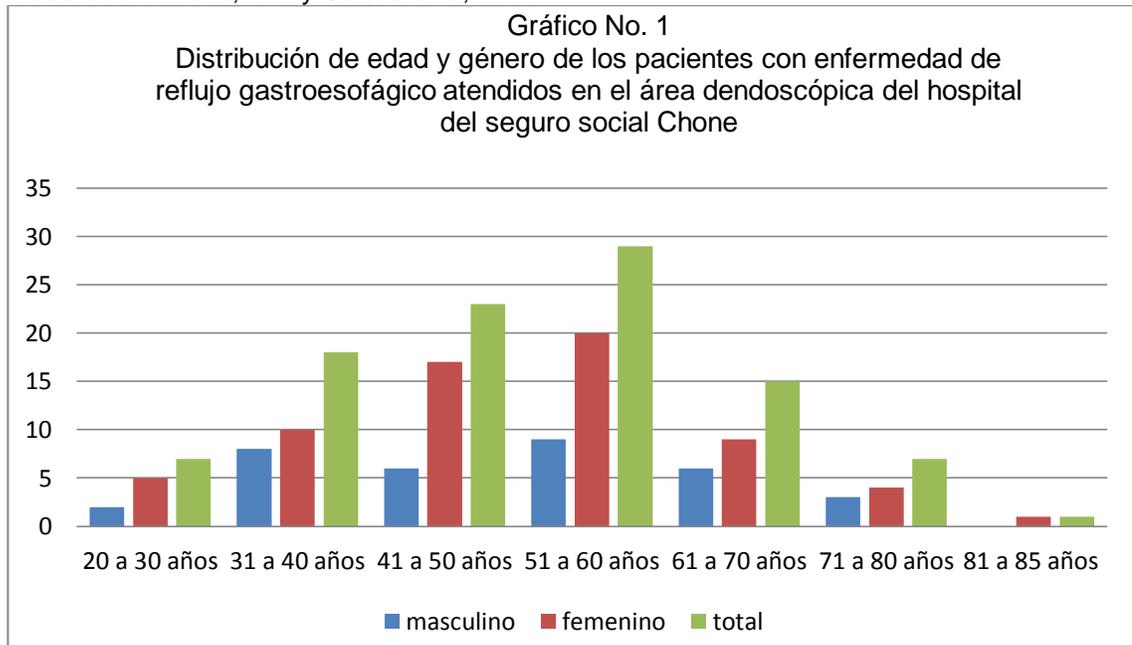


Gráfico No. 2. Distribución de la edad y género de los pacientes con ERGE atendidos en el hospital del seguro social Chone. 20 a 30 años = 7%= 5% femenino, 2% masculino. 31 a 40 años = 18%= 10% femenino, 8% masculino. 41 a 50 años = 23%= 17% femenino, 6%. Masculino. 51 a 60 años =29%= 20% femenino, 9% masculino. 61 a 70 años = 15%= 9% femenino, 6% masculino. 71 a 80 años = 18%= 4% femenino, 3% masculino. 81 a 85 años = 1%= 1% femenino, 0% masculino. Historia clínica de los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

De la muestra de 100 pacientes que presentaron ERGE no erosiva, en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone, el 66% correspondieron al sexo femenino, mientras el 34% pertenecieron al sexo masculino.

La edad promedio de la muestra de 100 pacientes atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone, que presentaron ERGE no erosiva, fluctúa entre los 51 a 60 años, seguido del rango entre 41 a 50 años, en segundo lugar; y en tercero, el rango entre los 31 a 40 años.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico No.1, la prevalencia de mujeres es muy superior a la de los hombres en todas las edades, lo cual significa que las mujeres se ven más afectadas por la ERGE no erosiva.

Dados los resultados, tendría que considerarse además, que son las mujeres las que más acuden a la consulta médica, mientras que los varones lo hacen con menos frecuencia aunque presenten algunos de los síntomas de la enfermedad.

Como sucede en el estudio de Benavides y Franco León Jiménez, en el año 2010, los resultados fueron que: la prevalencia de ERGE fue del 26,51% (92 personas). Cincuenta y nueve personas fueron de sexo femenino (64,13%).

Cuadro No. 2

Distribución de la ocupación de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone Noviembre 2013- Abril 2014

#	Alternativa	F	%
1	Empleado (a) público	40	40
2	Empleado privado	30	30
3	Ama de casa	22	22
4	Estudiante	8	8
5	Total	100	100

Fuente: Historia clínicas de pacientes área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone. Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014).

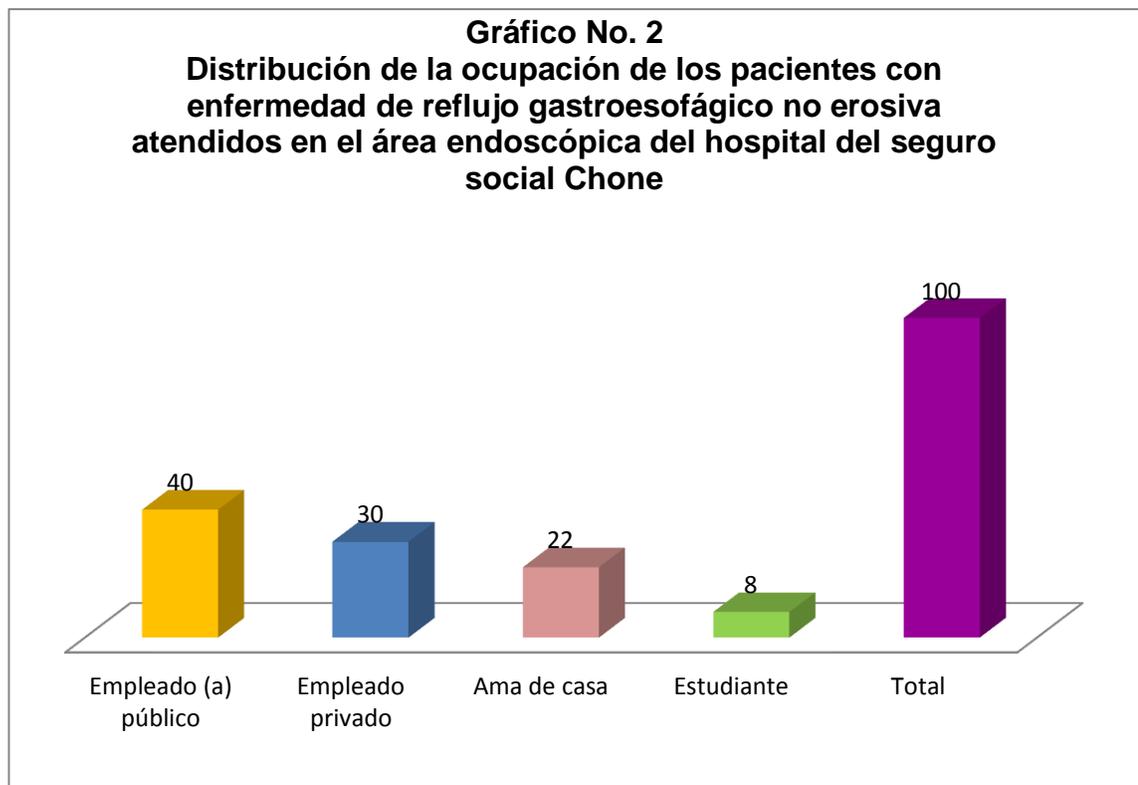


Gráfico No. 2. Distribución de la ocupación de los pacientes con ERGE atendidos en el hospital del seguro social Chone. Empleado público = 40%. Empleado privado = 30%. Ama de casa = 22%. Estudiante = 8%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014). Historia clínica de los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

De la muestra poblacional en estudio, el 40% es empleado público, seguido del 30% que son empleados privados, el 22% son ama de casa y el 8% son estudiantes.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico 2, el mayor porcentaje de la muestra es empleado público.

Este resultado es de importancia para esta investigación ya que estudios anteriores dicen que: Los cambios de horarios, la elevada carga académica, el nivel de estrés y la elevada frecuencia de sintomatología gastrointestinal en jóvenes, hacen de la población universitaria, un grupo particularmente susceptible a desarrollar ERGE. (Arrasco, D. et al., 2012)

Pero no es de tener en cuenta que no solo los universitarios están sometidos a estos factores, por esto observamos que la mayoría de los pacientes se encuentran trabajando como empleado público.

Cuadro No. 3

Distribución de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico erosiva y no erosiva atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone

Noviembre 2013- Abril 2014

Orden	Alternativas	F	%
1	Erosiva	14	14
2	No erosiva	86	86
	Total	100	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone.
Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A.

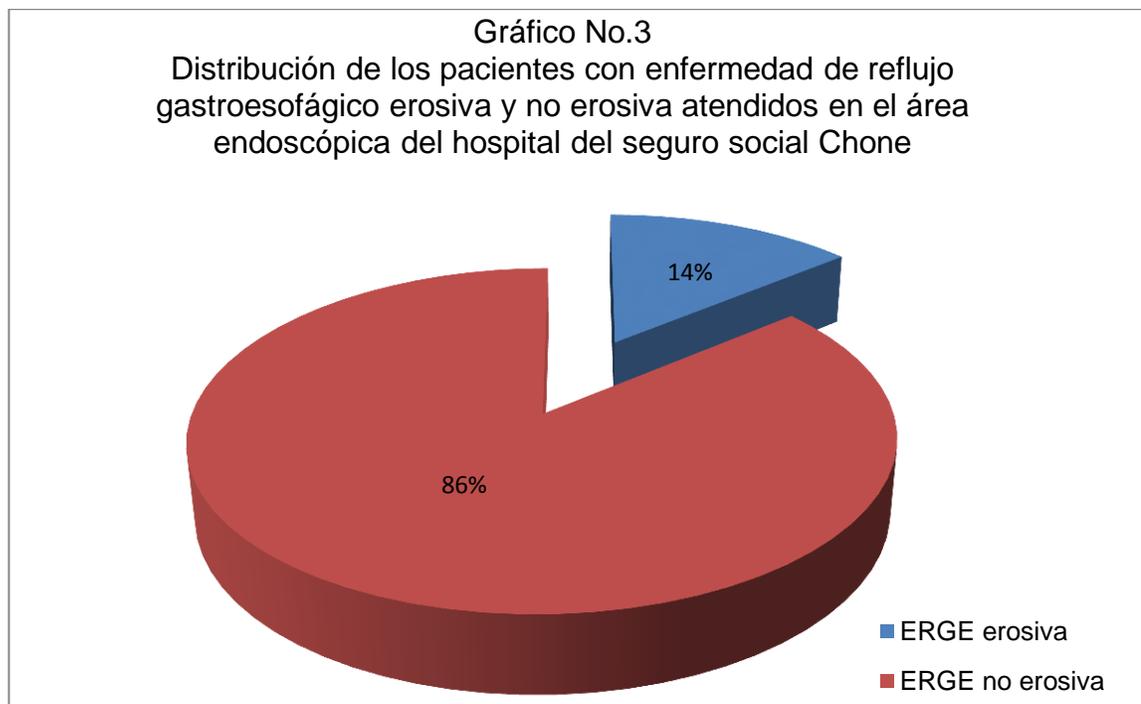


Gráfico No. 3. Distribución de los pacientes con ERGE erosiva y no erosiva atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. ERGE no erosiva = 86%. ERGE erosiva = 14%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014). Ficha clínica de los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

De la muestra poblacional de 100 pacientes atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone, el 86% presentaron ERGE no erosiva y apenas un 14% presentaron ERGE erosiva.

Lo expuesto significa que por cada 10 pacientes atendidos en el área de endoscopía del antedicho hospital, un intervalo de 1,4 pacientes presentan ERGE erosiva, es decir, son uno o dos pacientes los que se ven afectados de esta enfermedad, mientras que los ocho pacientes restantes son tratados por ERGE no erosiva.

Resultados que compaginan con el trabajo realizado en Madrid, España, en la Universidad Complutense de Madrid, los doctores, Enrique Rey Díaz-Rubio, Julio Ponce García, en el año 2009, realizaron la investigación “Enfermedad por reflujo gastroesofágico”, llegando a la conclusión que de los pacientes con ERGE atendidos en AP, el 70% corresponde a enfermedad por reflujo no erosiva.

Además de corroborar la literatura consultada de que la ERGE no erosiva supone el 40-60% de los pacientes con ERGE.

Cuadro No. 4

Distribución de la sintomatología típica en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone Noviembre 2013- Abril 2014

Orden	Alternativa	Presente		Ausente		Total	
		f	%	f	%	F	%
1	Pirosis	74	74	26	26	100	100
2	Regurgitación ácida	98	98	2	2	100	100
3	Disfagia	0	0	100	100	100	100

Fuente: Encuestas a los pacientes del área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone.
Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A.

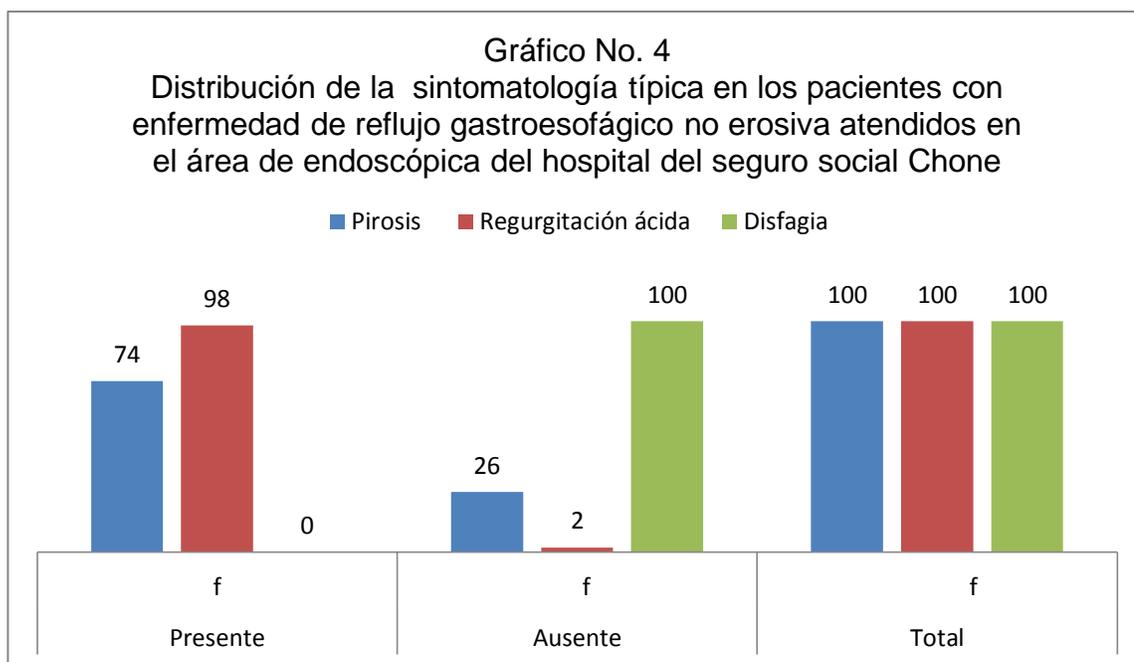


Gráfico No. 4. Distribución de la sintomatología típica en los pacientes con ERGE no erosiva atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Presente: pirosis = 74. Regurgitación ácida = 98%. Disfagia = 0%. Ausente: pirosis = 26. Regurgitación ácida = 2%. Disfagia = 100%. Presente: pirosis = 100. Regurgitación ácida = 100%. Disfagia = 100%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014). Encuestas a los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

De la muestra poblacional, el 74% ha sentido pirosis durante el último año. El 98% ha presentado regurgitación ácida, mientras que el 2% que contestó no haber sentido regurgitación ácida, 0% corresponde a disfagia.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico 4, el mayor porcentaje de la muestra manifestó haber sentido ardor en el pecho y regurgitación ácida durante el último año. No hubo presencia de disfagia en el total de la muestra estudiada.

Un resultado similar se puede observar en el trabajo ejecutado en el Cusco, Perú, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, los médicos, Jean Marcel Castelo Vega, Rogers Olivera Hermoza, Héctor Páucar Sotomayor y Juan Carlos Flores Aldea, en el año 2013, realizaron la investigación “Reflujo gastroesofágico: características clínicas y endoscópicas, y factores de riesgo asociados”. El principal síntoma fue la dispepsia (84,18%) seguido de los clásicos marcadores clínicos, pirosis (44%) y regurgitación (30%).

Cuadro No. 5

Distribución de la sintomatología atípica en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone Noviembre 2013- Abril 2014

Orden	Alternativa	Presente		Ausente		Total	
		f	%	f	%	f	%
1	Tos	32	32	68	68	100	100
2	Disfonía	15	15	85	85	100	100
3	Dolor torácico	35	35	65	65	100	100
4	Hipo	8	8	92	92	100	100

Fuente: Encuestas a los pacientes del área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone.
Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A.

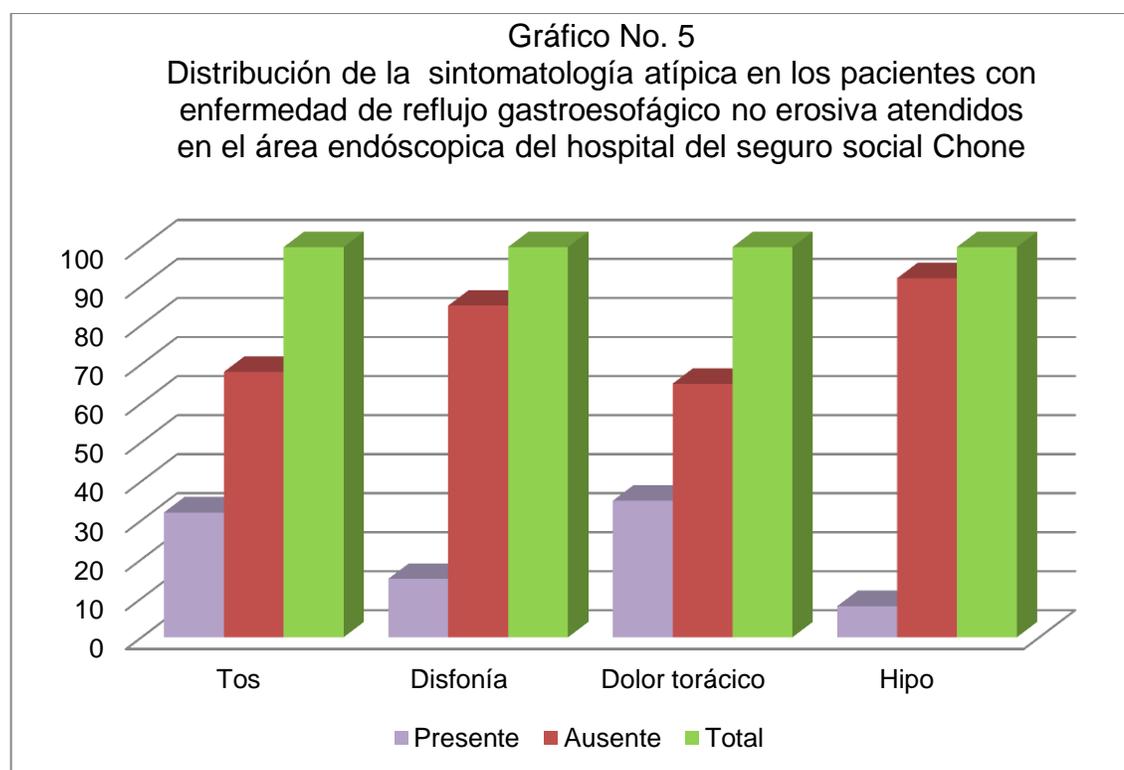


Gráfico No. 5. Distribución de la sintomatología atípica en los pacientes con ERGE no erosiva atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Presente: tos = 32. Disfonía = 15%. Dolor torácico = 38%. Hipo = 8%. Ausente: tos = 68. Disfonía = 85%. Dolor torácico = 62%. Hipo = 92%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014). Encuestas a los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

De la muestra poblacional en estudio, el 68% no ha tenido tos, mientras que el 32% sí ha tenido tos por largo tiempo. El 85% no ha presentado disfonía, mientras el 15% sí la ha presentado. El 65% no ha presentado dolor torácico, el 35% si sintió dolor en el tórax durante el último año. El 8% presentó hipo, el 92% no ha tenido este síntoma.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico 5, el mayor porcentaje de la muestra no ha tenido hipo por largos periodos de tiempo, el mayor porcentaje de la muestra no ha sentido disfonía en el último año, el mayor porcentaje de la muestra no ha sentido dolor torácico en el último año, así mismo, el mayor porcentaje de la muestra no ha tenido tos crónica en el último año.

Un estudio ejecutado en el Cusco, Perú, Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, los médicos, Jean Marcel Castelo Vega, Rogers Olivera Hermoza, Héctor Páucar Sotomayor y Juan Carlos Flores Aldea, en el año 2013, realizaron la investigación “Reflujo gastroesofágico: características clínicas y endoscópicas, y factores de riesgo asociados”. Resolvió que los síntomas extradigestivos fueron infrecuentes (9%), Resultado que es similar al de esta investigación

Cuadro No. 6

Frecuencia de la regurgitación ácida en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone Noviembre 2013- Abril 2014

#	Alternativa	f	%
1	Menos de una vez en el mes	40	40
2	Aproximadamente una vez en el mes	18	18
3	Aproximadamente una vez a la semana	30	30
4	Varias veces a la semana	8	8
5	Diariamente	4	4
	Total	100	100

Fuente: Encuesta a pacientes atendidos área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone. Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

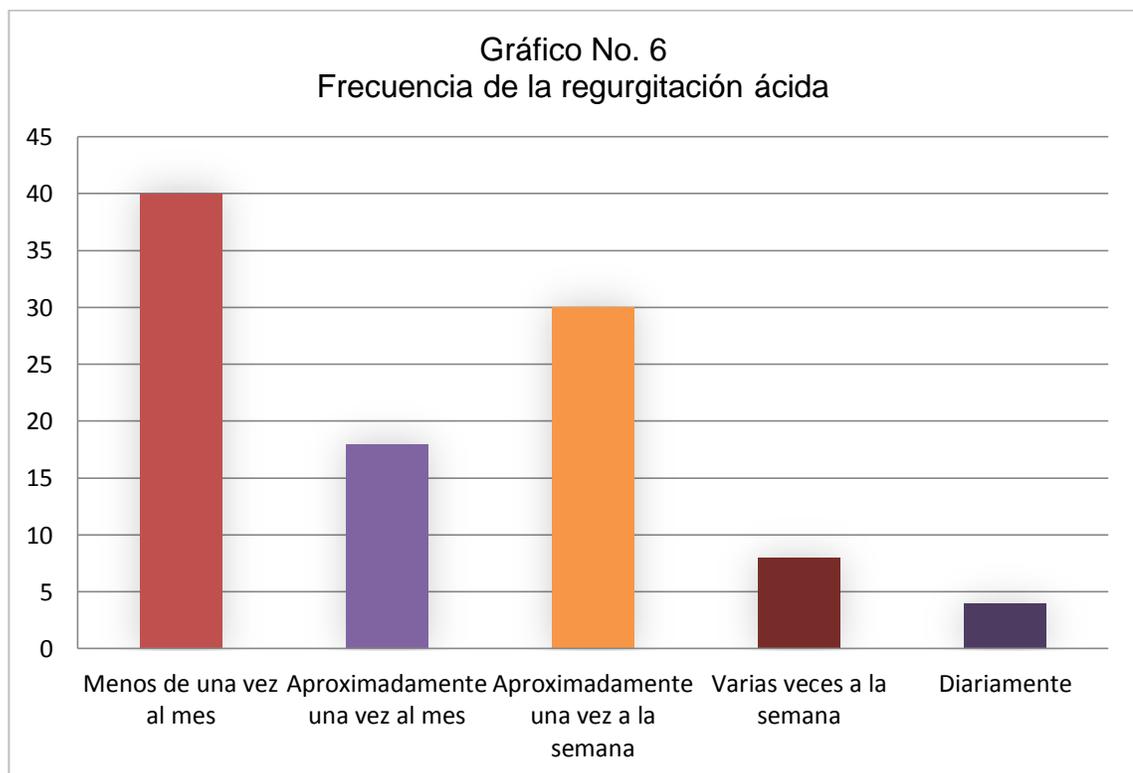


Gráfico No. 6. Frecuencia de la regurgitación ácida. Menos de una vez en el mes = 40%. Aproximadamente una vez en el mes= 18%. Aproximadamente una vez a la semana = 30%. Varias veces a la semana = 8%. Diariamente = 4%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014).

Análisis e interpretación:

En cuanto a la frecuencia de regurgitación acida en la muestra poblacional en estudio, el 40% ha sentido regurgitación menos de una vez en el mes, seguido del 30% que ha sentido este síntoma aproximadamente una vez a la semana y del 18% que la presentó aproximadamente una vez en el mes.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico 6, el mayor porcentaje de la muestra ha sentido regurgitación ácida una vez al mes.

De acuerdo a lo investigado el resultado de esta investigación concuerda con lo estudiado por (Zárate, 2012) que concluye que: que cuando la pirosis y la regurgitación ácida son los síntomas predominantes, la probabilidad de que el paciente presente reflujo gastroesofágico patológico es de aproximadamente un 70%. Es decir estos dos síntomas son de gran importancia para el diagnóstico de ERGE.

Cuadro No.7

Distribución según hábitos alimenticios en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone Noviembre 2013- Abril 2014.

#	Alternativa	f	%
1	Comida chatarra	35	35
2	Embutidos	10	10
3	Gaseosas	34	34
4	Exceso de grasas	10	10
5	Exceso de lácteos enteros	56	56
6	Comidas picantes	35	35
7	Comidas condimentadas	12	12
8	Consumo excesivo de té	10	10

Fuente: Encuesta a pacientes atendidos área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone. Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

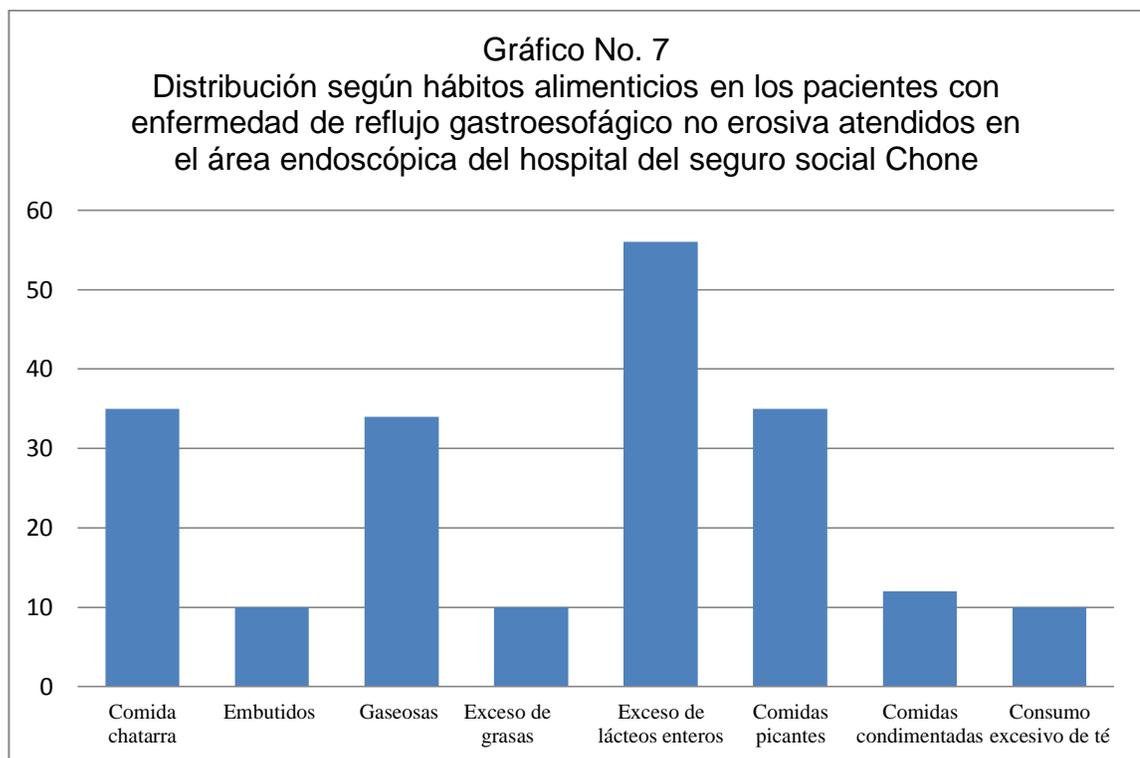


Gráfico No. 7. Distribución según hábitos alimenticios en los pacientes con ERGE no erosiva atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Comida chatarra = 35%. Embutidos = 10%. Gaseosas = 34%. Exceso de grasas = 10%. Exceso de lácteos enteros = 56%. Comidas picantes = 35%. Comidas condimentadas = 12%. Consumo excesivo de té = 10%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014). Encuesta a los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

Del total de la muestra poblacional en estudio el 35% consume comida chatarra; el 10% consume embutidos; el 34% bebe gaseosas; el 10% tiene una alimentación con exceso de grasas; el 56% consume un exceso de lácteos enteros; el 35% ingiere comidas picantes; el 12% consume comidas condimentadas, y el 10% consume un exceso de té.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico 7, el mayor porcentaje de la muestra consume un exceso de lácteos enteros que contienen toda su grasa, lo cual puede deberse a un factor de costumbre, ya que la población chonera se considera cien por cien ganadera, de allí que el consumo de lácteos es imprescindible en la alimentación diaria de la ciudad de Chone.

Estos resultados corroboran lo investigado por (Rozman, 2014) quien concluye que los alimentos y ciertas sustancias que disminuyen la presión del EEI favorecen el paso del contenido gástrico al esófago; entre éstos se encuentran las comidas grasas, el tabaco, el alcohol, el café, el chocolate y la menta.

Se puede observar entonces que la alimentación conlleva a ser un factor de riesgo identificable que contribuye a la aparición de ERGE.

Cuadro No. 8

Distribución según hábitos de salud en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva atendidos en el área endoscópica del hospital del seguro social Chone Noviembre 2013- Abril 2014

		Presente		Ausente		Total	
		F	%	f	%	f	%
1	Fumar	6	6	94	94	100	100
2	Alcohol	16	16	84	84	100	100
3	Beber café	54	54	46	46	100	100

Fuente: Encuesta a los pacientes atendidos en el área de endoscopia del Hospital del Seguro Social Chone.

Elaboración: Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

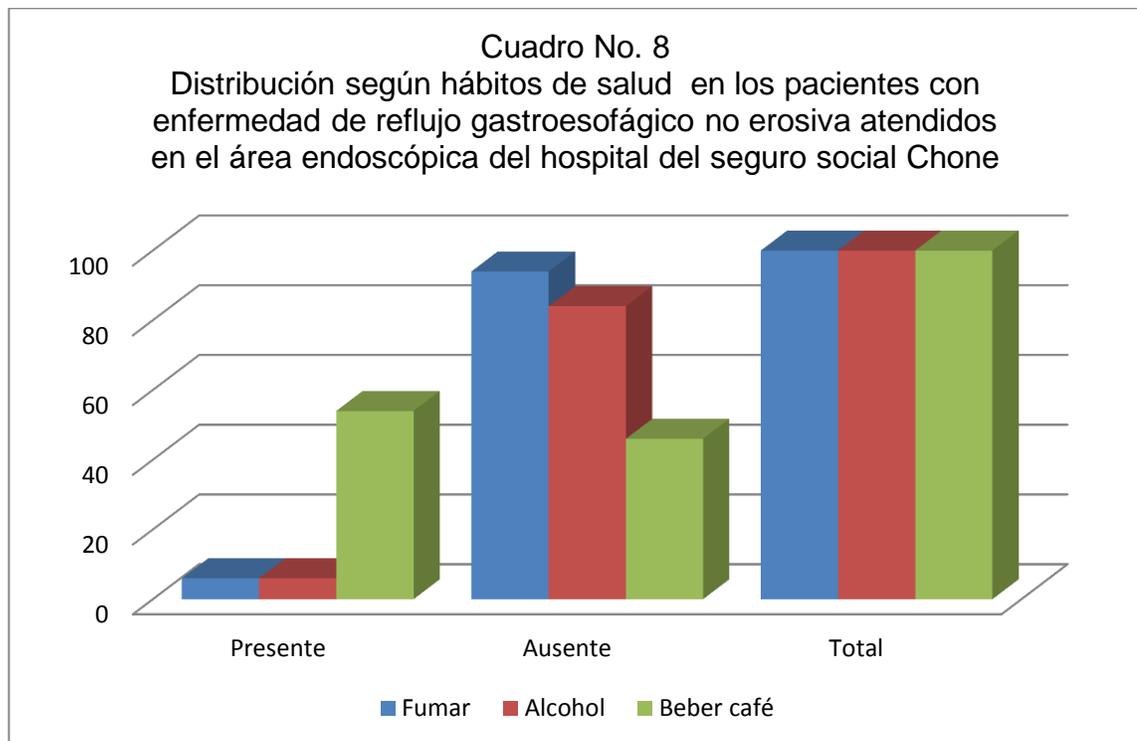


Gráfico No. 8. Distribución según hábitos de salud en los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Presente: Fumar = 6%. Alcohol = 16%. Beber café = 54%. Ausente: Fumar = 94%. Alcohol = 84%. Beber café = 46%. Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014). Encuesta a los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone. Anexo 2 de la presente Tesis.

Análisis e interpretación:

De los pacientes en estudio el 94% no ha fumado en el último año, el 6% si tuvo este hábito. En cuanto a el alcohol, el 84% respondió que no toma alcohol y el 6% manifestó si tomar alcohol. El 54% de los pacientes consume café, el 46% no lo consume.

Como puede apreciarse en el cuadro y gráfico 8, el mayor porcentaje de la muestra no ha fumado durante el último año, el mayor porcentaje de la muestra no toma alcohol y al mayor porcentaje de la muestra le gusta tomar café.

Estos resultados concuerdan con la bibliografía estudiada que afirma que estos son elementos que influyen en la aparición de ERGE.

CONCLUSIONES

Del total de la muestra poblacional de los pacientes atendidos en el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone, durante el tiempo comprendido entre noviembre de 2013 hasta abril de 2014, el 84% que corresponde a 84 pacientes, presentaron la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva.

Dentro de las características socio demográficas de la muestra poblacional en estudio se determinó que, el 66% son mujeres y el 34% son varones. La edad promedio fluctúa entre los 51 – 60 años. El 40% trabaja como empleado público, el 30% para la empresa privada, el 22% como ama de casa y el 8% son estudiantes.

Dentro de los factores de riesgo más importantes asociados a la ERGE, se encontró que el 34% de la muestra tiene malos hábitos alimenticios como el consumo de gaseosa, el 10% consume un exceso de grasas y el 56% ingiere un exceso de lácteos enteros. El 6% tiene el mal hábito de fumar, el 16% de la muestra bebe alcohol; el 54% beben café todos los días.

Dentro de la sintomatología típica de la ERGE se encontró que, el 74% de la muestra poblacional tuvo ardores de pecho; el 98% ha tenido regurgitación ácida por lo menos una vez en el mes en el último año, no hubo presencia de disfagia. En cuanto a la sintomatología atípica de la ERGE se determinó que, únicamente el

32% se vio afectado por tos crónica, un 15% por disfonía, el 35% de la muestra poblacional sufrieron de dolor torácico en el último año y el 2% padeció hipo.

Para socializar los resultados de la investigación en el área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone, se impartieron charlas educativas y de concienciación a los pacientes, utilizando trípticos informativos y audiovisuales en aproximadamente una hora de charla durante los cinco días laborables de la semana.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los pacientes que se atienden en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone, que considerando sus características socio demográficas en las que prevalece el sexo femenino, se trate de mejorar la nutrición mediante una alimentación balanceada de proteínas en base a carne de aves o pescado blanco, frutas, verduras, carbohidratos racionados, lácteos descremados y abundante agua, de manera que la incidencia de la ERGE no erosiva en las mujeres, tienda a un decrecimiento gradual.

Se recomienda también considerar los factores de riesgo más importantes asociados a la ERGE, de manera que aquellos pacientes que consumen alcohol, tabaco, café, comida chatarra disminuyan considerablemente su consumo, con una tendencia a erradicarlos. Sigán una dieta apropiada con el nutricionista y controlen su peso frecuentemente.

En cuanto se sienta cualquier síntoma relacionado con la presencia de la ERGE no erosiva, se recomienda consultar al médico especialista (gastroenterólogo), que es quien puede diagnosticar la enfermedad por medio de endoscopia o Ph metría y proporcionar al paciente el tratamiento más adecuado a su patología.

Se recomienda además a la dirección del área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone, que se realice constantemente la retroalimentación de la capacitación en prevención de la ERGE no erosiva mediante las charlas educativas y de concienciación a los pacientes, utilizando al talento humano que trabaja en el área y apoyados en los trípticos educativos – informativos entregados al Director de área por las autoras de la presente investigación.

PROPUESTA

TÍTULO

Educación para la prevención de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva, en pacientes atendidos en el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone.

RESPONSABLES

Investigadoras

Hospital del Seguro Social Chone

JUSTIFICACIÓN

Dados los resultados que arrojaron la investigación de campo, se tuvo que el 86% del total de pacientes atendidos presentaron la ERGE no erosiva, además de presentar factores de riesgo relacionados con la alimentación, razón por la cual se hace necesario que la población conozca un poco más de esta enfermedad y su prevención, la cual es crónica y se controla con el tratamiento que recomienda el médico gastroenterólogo, además de los cuidados y hábitos que adquiera el paciente.

OBJETIVOS

Educar a los pacientes en las formas de prevención de la ERGE no erosiva. Coadyuvar a crear conciencia en los pacientes de los factores de riesgo que pueden ocasionar la ERGE no erosiva. Motivar a los pacientes a un estilo de vida más saludable, eliminando de sus vidas el alcohol y el cigarrillo y otros malos hábitos alimenticios.

BENEFICIARIOS

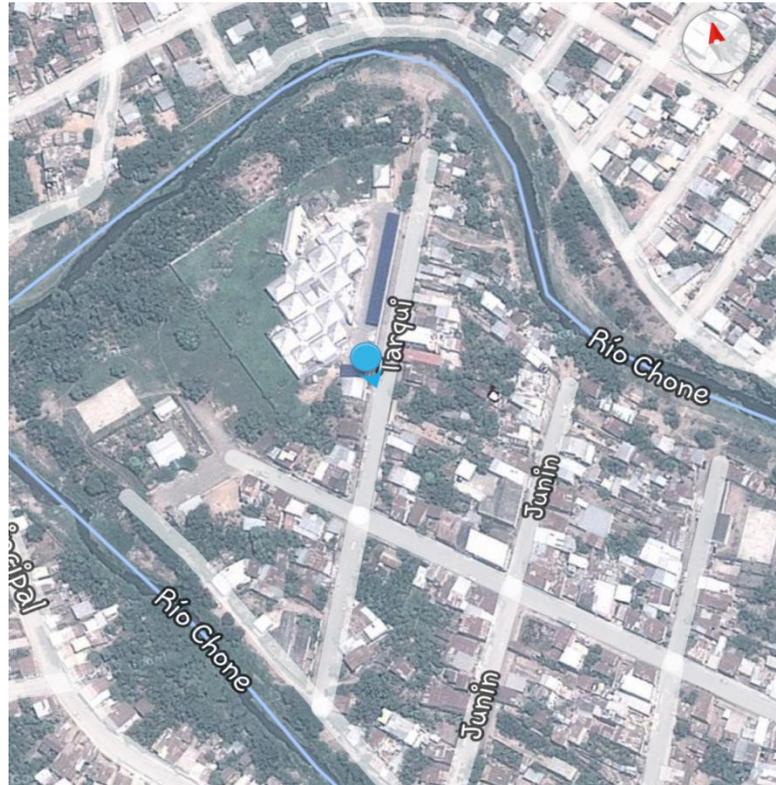
Los beneficiarios directos los constituyen los pacientes atendidos en el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone.

Los beneficiarios indirectos son el personal del área de endoscopía del Hospital del Seguro social Chone.

UBICACIÓN GEO REFERENCIAL

El lugar de desarrollo de la propuesta fue el Hospital del seguro social Chone, localizado dentro del cantón Chone, en la ciudad de Chone, en el barrio San Felipe sobre la calle tarqui.

Imagen 1



Fuente. Google map

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta se desarrolló con los pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone, mediante la capacitación en prevención de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva (ERGE no erosiva), para lo cual se impartieron charlas educativas a los pacientes durante los cinco días de cada semana, por cuatro semanas consecutivas, la 3^o y 4^o semanas del mes de abril y

la 1º y 2º semana del mes de mayo de 2014, las cuales tuvieron una duración aproximada de 1 hora cada charla.

A los pacientes se les proporcionó trípticos con un resumen de los contenidos de la capacitación y además el material mostrado en las diapositivas que fundamentaron audio visualmente la capacitación.

SOSTENIBILIDAD Y SUSTENTABILIDAD

La propuesta es sostenible en el tiempo, ya que el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone cuenta con el talento humano para realizar la repetición de las charlas educativas a los pacientes, de manera que se logre crear conciencia de la enfermedad.

Es sustentable por cuanto no afecta al medio ambiente, al contrario, la propuesta para su desarrollo no utiliza recursos el entorno natural, sino recursos tecnológicos.

ACTIVIDADES

Charlas educativas, a los pacientes del área de endoscopía

Entrega de trípticos educativos

Proyección de diapositivas

Recomendaciones finales

CRONOGRAMA DE PROPUESTA

Actividad	Abril - Mayo de 2014																			
	Semana 3 abril					Semana 4 abril					Semana 1 mayo					Semana 2 mayo				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Charlas educativas a los pacientes del área de endoscopia	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrega de trípticos educativos	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Proyección de diapositivas	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Recomendaciones finales	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

PRESUPUESTO DE PROPUESTA

Materiales	Cantidad	Unidad de Medida	Costo Unitario	Costo Total
Diseño gráfico del tríptico	1	Unidad	20,00	20,00
Reproducción de material de apoyo	1000	Unidad	0,02	20,00
Internet	50	Horas	0,50	25,00
Impresión de tríptico	1000	0,10	0,10	100,00
Transporte	80	boletos	2,00	160,00
Imprevistos			10 %	32,50
Total				\$357,50

EVALUACIÓN Y CONTROL

Establecer un horario sostenible para la realización de charlas educativas para la prevención de enfermedad de reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en el área endoscópica del Hospital del Seguro Social Chone

Facilitar información a los pacientes, por medio de trípticos y medios audiovisuales acerca de la enfermedad de reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en el área endoscópica del Hospital del Seguro Social Chone

Interactuar con los pacientes acerca de la información impartida en las charlas, y así evaluar los conocimientos aprendidos durante esta actividad.

9. PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FUENTES DE FINANCIAMIENTO	
					Autofinanciamiento	Aportes externos
Hojas A-4 75 gr.	5	Resma	4,50	22,50	22,50	
Fotocopias	600	Unidad	0,03	18,00	18,00	
Internet	50	Horas	0,50	25,00	25,00	
Tinta negra	2	Cartucho	28,00	56,00	56,00	
Tinta color	2	Cartucho	35,00	70,00	70,00	
Anillados	6	Unidades	10,00	60,00	60,00	
Transporte	50	Viáticos	5,00	250,00	250,00	
Imprevistos			10 %	50,15	50,15	
TOTAL					\$551,65	

10. CRONOGRAMA VALORADO 2013 – 2014

TIEMPO / ACTIVIDADES	MESES 2013 – 2014																RECURSOS										
	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				HUMANOS	MATERIALES	ECONÓMICOS
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Elaboración del proyecto.	■	■																							Autores de tesis	Internet, tintas de impresión	69,00
Elaboración del marco teórico del proyecto y tesis.			■	■	■	■	■	■	■																Autores de tesis	Tinta de impresión	47,00
Elaboración de los instrumentos de trabajo y de la parte estadística.									■	■	■	■	■												Autores de tesis y personal de apoyo	Movilización	250,00
Elaboración del informe final														■	■	■	■	■	■	■					Autores de tesis	Papel Tinta de impresión	57,50
Terminación del trabajo y entrega al departamento de tesis.																					■	■			Autores de tesis	Empastados, Copias	78,00
Imprevistos																					■	■			Autores, Tribunal sust.	Alimentación, otros	50,15
																									TOTAL		\$ 551,65

Indira Alejandra Bravo Zambrano
C.I. 13 08771961

Mayra Alejandra Caisachana Vera
C.I. 1312586801

BIBLIOGRAFÍA

- Abdeljabbar, P. (2012). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Causas*. Onmedia. Disponible en: <http://www.onmeda.es/enfermedades/erge-causas-3558-3.html>
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy (2014). *Cómo comprender la Enfermedad del Reflujo Gastroesofágico*. American Society for Gastrointestinal Endoscopy 3300 Woodcreek Dr. Downers Grove, IL 60515. <http://www.asge.org/patients/patients.aspx?id=12476>
- Anales. Revista de la Universidad Central del Ecuador. Universidad Central del Ecuador. Quito: Editori.al Universitaria, (no. 371, marzo 2013): 669 p. ISSN: 1390-7891. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/1367>
- Arrasco, R.; Díaz, A.; Flores, D.; Flores, S.; León, F.; Cubas, F. (2012). *Frecuencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en una Universidad de Lambayeque*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Lambayeque, Perú.
- Bahena, J., Moreno, M., Ortega, X., et al. (2007). *Estado actual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su tratamiento quirúrgico*. Hospital General Dr. M Gea González. México.
- Barceló, M. (2011). *Obesidad, cambio de peso y desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

- Benavides, F. y Jiménez, F. (2010). *Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo*. Escuela de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT). Chiclayo, Perú.
- Benítez, J. (2008). *Utilidad de los métodos diagnósticos en la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Estudio prospectivo*. Asociación Mexicana de Endoscópica. México.
- Brito, P. (2007). *Metodología en el estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones*. Revista Gastroenterol. México.
- Castelo, J. y Olivera, R.; Páucar, H. y Flores, J. (2013). *Reflujo gastroesofágico: características clínicas y endoscópicas, y factores de riesgo asociados*. Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco. Cusco, Perú.
- Castro, M. y Rojas, M. (s. f.). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)*. Unidad de enfermedades Digestivas. Hospital Universitario de Valme. Sevilla, España.
- Díaz, E. y Ponce, J. (2009). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.
- Farreras y Rozman (2008). *Tratado de Medicina Interna*. Elsevier. España.
- Feldman, M.; Friedman, L. y Brandt, L. (2008). *Enfermedades digestivas y hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. Madrid, España: Elsevier.

Harrison, Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo y Jameson (2008). *Principios de Medicina Interna*. 17 Ed. España: Mc Graw Hill.

Heartburn, Gastroesophageal Reflux (GER), and Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). The National Digestive Diseases Information Clearinghouse
<http://digestive.niddk.nih.gov/ddiseases/pubs/gerd/index.aspx>

Hernández, J.; Ortega, A.; y Márquez, M. (2008). *Reflujo gastroesofágico en pediatría ¿cuándo amerita tratamiento?: Controversia de las últimas décadas*. Revista de Medicina sur. México D.F., México.

Hidalgo, Fernando; Criollo, F.; Morales, G. (2012). *Valoración de resultados funcionales, en pacientes con síndrome del túnel carpiano intervenidos a liberación endoscópica del nervio mediano entre Mayo 2010 – Diciembre 2011, en el servicio de ortopedia y traumatología Hospital General de las Fuerzas Armadas No. 1. Universidad central del Ecuador. Quito, Ecuador.*
Tesis publicada. Disponible en:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/455>.

Hinostroza, F. (2014). *Estadísticas del área de endoscopía*. Hospital del Seguro Social Chone. Chone, Ecuador.

Naranjo, M. (2011). *La prevalencia de enfermedades gastrointestinales diagnosticadas por endoscopía en niños atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital metropolitano de Quito, en el periodo de un año*. Universidad San Francisco de Quito. Quito, Ecuador.

- Peralta, M., Lagunes, A., Cruz, A., et al. (2007). *Frecuencia de síntomas de ERGE en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México.
- Rozman, C. (2014). *Enfermedades del aparato digestivo. Gastroenterología y hepatología*. Barcelona, España: Elsevier.
- Sordo, P. y Robles, M. (2008). *Efecto del tratamiento médico-dietético en pacientes con reflujo gastroesofágico*. An Orl Mexicano. México D.F. México.
- Suárez, J., Erdozaín, J., Comas, C. y Villanueva, R. (1999). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Tratamiento*. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Madrid, España. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>
- Tamayo, J., Brito, P., Javier, E., et al. (2007). *Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Revista Gastroenterol. México.
- Taylor, R. (2006). *Medicina de Familia. Principios y práctica*. Masson: Madrid, España.
- Vial, M. (2009). *Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en población adulta*. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina. Barcelona, España.
- Zárate, N. (2012). *La enfermedad por reflujo gastroesofágico y su manejo en primer nivel de atención*. Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No 61. México D.F., México.

ANEXO 2 ENCUESTA A LOS PACIENTES

1. ¿Cuál es su ocupación?

Empleado público
Abogado (a)
Empresa privada
Chofer
Ing. Informática
Ama de casa
Economista
Profesor (a)
Estudiante

2. Durante el último año, ¿ha tenido alguna vez ardores en el pecho?

Si
No

3. ¿Ha tenido la sensación de un líquido agrio o amargo en la boca en el último año (regurgitación)?

Si
No

4. En el último año ¿Cuántas veces ha sentido regurgitación ácida?

Menos de una vez en el mes.
Aproximadamente una vez en el mes.
Aproximadamente una vez a la semana.
Varias veces a la semana.
Diariamente.

5. Ha tenido dificultad para tragar alimentos en este último año.

Si
No

6. En el último año ¿Ha tenido tos frecuentemente?

Si
No

7. ¿Ha tenido disfonía (ronquera o dificultad para hablar) en el último año?

Si
No

8. ¿Ha tenido dolor torácico (dolor de pecho no dolor de corazón) en el último año?

Si
No

9. ¿Ha tenido hipo frecuente (sobre todo después de comer en abundancia) en el último año?

Si
No

10. ¿Cuáles de los siguientes malos hábitos alimenticios tiene usted?

Comidas chatarra
Embutidos
Gaseosas
Exceso de grasas
Exceso de lácteos enteros
Comidas picantes
Comidas condimentadas
Consumo excesivo de té

11. En el último año, ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos (como mínimo un cigarrillo por día durante 30 días)?

Si
No

12. ¿Cuánto alcohol ha bebido por semana en el último año?

Nada o menos de 1 copa/vaso a la semana.

1 o 2 copa/vaso a la semana.

De 3 a 6 copa/vaso a la semana.

De 7 a 10 copa/vaso a la semana.

Más de 10 copa/vaso a la semana.

13. ¿Bebe café?

Si
No

ANEXO 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, el abajo firmante, _____, acepto tomar parte en este estudio titulado: **“Diagnóstico endoscópico por enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva en pacientes atendidos en el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone”**. Las egresadas **Indira Alejandra Bravo Zambrano y Mayra Alejandra Caisachana Vera**, de la Universidad Técnica de Manabí, me han informado exhaustivamente acerca del objetivo y contenido de la encuesta a aplicarse. Producto de lo cual, accedo a cooperar con la investigación de las egresadas.

Mi identidad no será reveladas en ningún momento y la información relacionada con mi persona será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades médicas y por la investigadora.

Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.

Nombre y firma del participante

c.i.

Indira Alejandra Bravo Zambrano
c.i. 1308771961

Mayra Alejandra Caisachana Vera
c.i. 1312586801

ANEXO 4
ENCUESTA ORIGINAL FIRMADA POR EL PACIENTE

ENCUESTA A LOS PACIENTES

1. ¿Cuál es su ocupación?

- Empleado público
- Abogado (a)
- Empresa privada
- Chofer
- Ing. Informática
- Ama de casa
- Economista
- Profesor (a)
- Estudiante

2. Durante el último año, ¿ha tenido alguna vez ardores en el pecho?

- Si
- No

3. ¿Ha tenido la sensación de un líquido agrio o amargo en la boca en el último año (regurgitación)?

- Si
- No

4. En el último año ¿Cuántas veces ha sentido regurgitación ácida?

- Menos de una vez en el mes.
- Aproximadamente una vez en el mes.
- Aproximadamente una vez a la semana.
- Varias veces a la semana.
- Diariamente.

5. Ha tenido dificultad para tragar alimentos en este último año.

- Si
- No

6. En el último año ¿Ha tenido tos frecuentemente?

- Si
- No

7. ¿Ha tenido disfonía (ronquera o dificultad para hablar) en el último año?

- Si
- No

8. ¿Ha tenido dolor torácico (dolor de pecho no dolor de corazón) en el último año?

- Si
- No

9. ¿Ha tenido hipo frecuente (sobre todo después de comer en abundancia) en el último año?

- Si
- No

10. ¿Cuáles de los siguientes malos hábitos alimenticios tiene usted?

- Comidas chatarra
- Embutidos
- Gaseosas
- Exceso de grasas

Exceso de lácteos enteros ✓
Comidas picantes
Comidas condimentadas
Consumo excesivo de té

11. En el último año, ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos (como mínimo un cigarrillo por día durante 30 días)?

Si

No ✓

12. ¿Cuánto alcohol ha bebido por semana en el último año?

Nada o menos de 1 copa/vaso a la semana.

1 o 2 copa/vaso a la semana. ✓

De 3 a 6 copa/vaso a la semana.

De 7 a 10 copa/vaso a la semana.

Más de 10 copa/vaso a la semana.

13. ¿Bebe café?

Si ✓

No

Yo, el abajo firmante, Felicio Moreira Reyes, acepto tomar parte en este estudio titulado: "Diagnóstico endoscópico por enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva en pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone". Las egresadas Indira Alejandra Bravo Zambrano y Mayra Alejandra Caisachana Vera, de la Universidad Técnica de Manabí, me han informado exhaustivamente acerca del objetivo y contenido de la encuesta a aplicarse. Producto de lo cual, accedo a cooperar con la investigación de las egresadas.

Mi identidad no será revelada en ningún momento y la información relacionada con mi persona será utilizada con la mayor discreción. Accedo a que esta información pueda ser inspeccionada directamente por los representantes de las autoridades médicas y por la investigadora.

Accedo a no poner limitaciones en el uso de los resultados del estudio.



Nombre y firma del participante

c.i. 1313919598



Indira Alejandra Bravo Zambrano

c.i. 1308771961

Mayra Alejandra Caisachana Vera

c.i. 1312586801

ANEXO 5 TRÍPTICO EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN

Lo que debo hacer!!!

- No fumar
- Evitar chicles y caramelos duros
- No acostarse inmediatamente después de comer
- Evitar ropa ajustada
- Comer en poca cantidad, varias veces al día
- Disminuir sobrepeso
- Elevar cabecera 12 cms



Consumir:



- Lácteos descremados
- Frutas y verduras frescas
- Cereales
- Carne de aves
- Agua en abundancia

**CUIDA TU SALUD, ASISTE A
TUS CHEQUEOS Y SIGUE LAS
INDICACIONES MÉDICAS.**

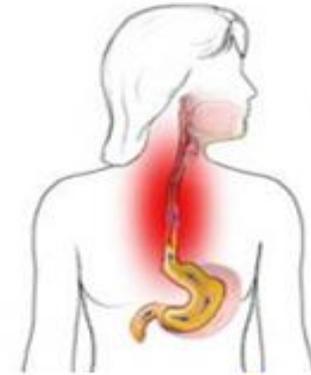


Autoras:

Endita Alejandra Bravo Zambrano
Mayra Alejandra Calanchana Vero

Director:
Dr. Freddy Hinostroza

Proyecto de Tesis



Diagnóstico Endoscópico de ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO no erosiva en pacientes ingresados en el área endoscópica del hospital del IESS Chone de noviembre del 2013 a abril del 2014

Prevenga y trate su enfermedad a tiempo

¿Qué es la Enfermedad por reflujo Gastro-Esofágico (ERGE)?



Trastorno digestivo en el que los jugos del estómago (ácido y enzimas digestivas) fluyen hacia atrás o regresan al esófago. Provocando un sabor ácido-amargo en la boca. El esófago es el tubo encargado de transportar los alimentos de la boca al estómago. El revestimiento del esófago no puede tolerar estas sustancias cáusticas (ácidas), por eso el esófago se inflama. Esto provoca acidez (agrituras) y otros síntomas. Si la ERGE no se trata, el esófago se puede dañar de manera permanente.

¿Cuáles son los síntomas?

Título secundario



- Ardor o quemazón en el pecho o garganta
- sabor o gusto amargo en la boca
- Mal aliento frecuente
- náuseas y

vómitos

- Pérdida de peso
- Dificultad para tragar-disfagia
- Molestias a nivel de la garganta, nariz y oído
- problemas respiratorios

¿Qué la produce?

- Alimentos
- Tabaco
- Alcohol
- Embarazo
- Medicamentos
- Obesidad
- Hernia Hiatal



¿Cómo se diagnostica y se trata?



- Historia clínica (visita al médico)
- Endoscopia (tubo por la boca con una pequeña cámara que permite visualizar el revestimiento (mucosa) del esófago y estómago
- Se trata con medicamentos especiales o en casos extremos con cirugía

LA ALIMENTACIÓN LO MÁS IMPORTANTE!!!

Se debe evitar:

- Comida grasosa
- Chocolate, café, menta
- Té
- Leche y lácteos enteros
- Embutidos
- Refrescos artificiales
- Colas
- Pimienta, picantes



ANEXO 6

MATERIAL AUDIOVISUAL PRESENTADO DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA PROPUESTA



- En la mayoría de las personas con ERGE, el esfínter esofágico no se cierra correctamente. Permanece relajado entre las degluciones y permite que los jugos digestivos suban hacia el esófago e irriten el revestimiento del esófago

Reflujo Gastroesofágico



¿Cuál es su origen?

- Alimentos
- Tabaco
- Alcohol
- Embarazo
- Medicamentos
- Obesidad
- Hernia Hiatal



¿Cuáles son los síntomas?



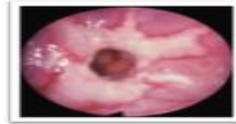
- Dolor de pecho agudo o ardiente detrás del esternón
- Presión en el pecho o la parte superior del abdomen
- Regurgitación (regreso de los líquidos del estómago a la boca)
- Náuseas
- Sabor ácido o amargo en la boca
- Dificultad para tragar
- Ronquera, especialmente por las mañanas
- Dolor de garganta
- Tos, silbidos o necesidad continua de limpiar la garganta

¿Cómo se diagnostica?

- Ph metría



- Endoscopia Digestiva



¿Cómo se Trata?

- Antiácidos
- Inhibidores de bomba de protones
- Anti H2
- Tratamiento quirúrgico



¿Cómo evitar esta enfermedad?

- No fumar
- Evitar chicles y caramelos duros
- No acostarse inmediatamente después de comer
- Evitar ropa ajustada
- Comer en poca cantidad, varias veces al día
- Disminuir sobrepeso
- Elevar cabecera 12 cms



¿Cómo evitar esta enfermedad?

- Evitar estos alimentos:



¿Cómo evitar esta enfermedad?

- Evitar estos alimentos:



¿Cómo evitar esta enfermedad?

- Consumir:



ANEXO 7

ACTA DE ASISTENCIA A LA CHARLA

En la ciudad de Chone, a los quince días del mes de mayo de 2014, siendo las 08h00, en el hospital del Seguro Social Chone, en la sala de espera del área de endoscopía, se reunieron las egresadas de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Técnica de Manabí, Indira Alejandra Bravo Zambrano y Mayra Alejandra Caisachana Vera, para impartir una charla sobre Educación para la prevención de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva, junto con los pacientes que asistieron a la charla. Durante el desarrollo de la conferencia hubo participación de los asistentes con preguntas, que fueron respondidas por las egresadas conferencistas, para satisfacción de los presentes. Siendo las 09H00, con diez minutos se dio por terminada la charla educativa. Firman para constancia y fe de lo actuado, las egresadas y los pacientes asistentes.

Indira Alejandra Bravo Zambrano

c.i. 1308771961

Mayra Alejandra Caisachana Vera

c.i. 1312586801

ANEXO 8
FOTOS DE LAS CHARLAS



Nota: Asistentes a la charla sobre Educación para la prevención de la ERGE no erosiva, en el Hospital del Seguro Social Chone, impartida por Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

ANEXO 9
FOTOS DE LAS CHARLAS



Nota: Asistentes a la charla sobre Educación para la prevención de la ERGE no erosiva, en el Hospital del Seguro Social Chone, impartida por Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

ANEXO 10
FOTOS DE LAS CHARLAS



Nota: Detalle del consentimiento informado para la aplicación de encuestas a los pacientes del área de endoscopía del Hospital del Seguro Social Chone, impartida por Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

ANEXO 11
FOTOS DE LAS CHARLAS



Nota: Entrega del material de apoyo a los asistentes a la charla sobre Educación para la prevención de la ERGE no erosiva, en el Hospital del Seguro Social Chone, impartida por Bravo, I. A. y Caisachana, M. A. (2014)

ANEXO 12

ASISTENCIA DE PACIENTES A LAS CHARLAS

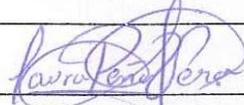
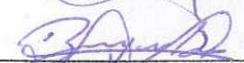
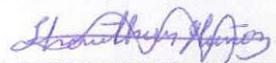
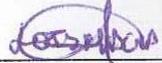
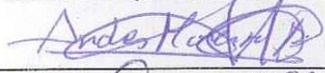
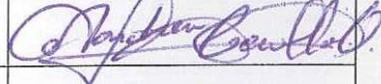
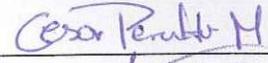
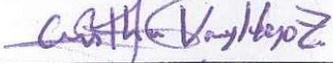
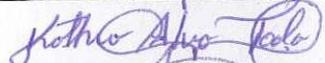
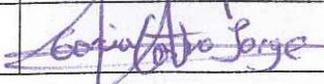
Asistentes a charlas sobre "Educación para la prevención de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva, en pacientes atendidos en el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone"

NOMBRES	FIRMA
Yerno Parrajo Ramirez	Yerno Parrajo R.
Agüero Andrade Cedeno	Agüero Andrade Cedeno
José Cedeno Santon	José Cedeno Santon
Manuel Macías Zamora	Manuel Macías
Simón Zambrano Zambrano	Simón Zambrano
Jefferson Loor Cedeno	Jefferson Loor C.
María Herena Bravo	María Herena
Culor Rodriguez Cedeno	Culor Rodriguez
ANGELO MOREIRA MACIAS	ANGELO MOREIRA M.
Nelly Villavicencio Barreto	Nelly Villavicencio Barreto
Ramona Sánchez Cedeno	Ramona Sanchez C.
Martín Guerrero Alvar	Martín Guerrero
José Vera Loor	José Vera Loor
NABA SOLÓRZANO VERA	NABA SOLÓRZANO VERA
GUARD FORNIES ZAMBRANO	GUARD FORNIES ZAMBRANO
Josana Moreira López	Josana Moreira Lopez.
Quiroz Lucas Natalya	Quiroz Lucas Natalya
Teresa Bravo Veliz	Teresa Bravo Veliz
George Lucas Arcentalen	George Lucas A.
Gloria Cacho Loor	Gloria Cacho

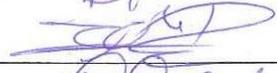
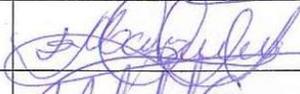
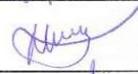
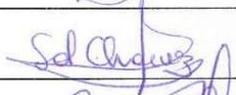
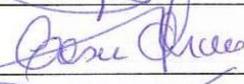
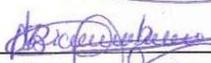
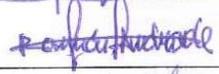
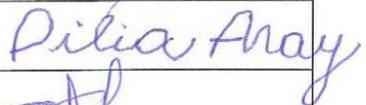
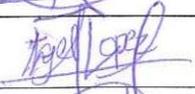
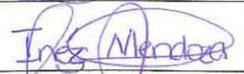
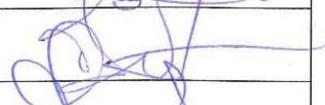
Asistentes a charlas sobre "Educación para la prevención de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva, en pacientes atendidos en el área de endoscopía del hospital del seguro social Chone"

NOMBRES	FIRMA
Josselyn Sánchez Veloz	Josselyn S.V.
Dioselina Pórraga Zambrano	Dioselina Pórraga
Diego Chiquito Poca	Diego Chiquito
Shakira Monroy Intriguera	Shakira M.
Cesar Alexander Peralta Macías	Cesar Peralta Macías.
Gabriela Sánchez Vélez	Gabriela Sánchez
KARLA MACIAS COELLO	KARLA MACIAS
Nicole Eledixpa	Nicole Eledixpa.
Jandry Acosta Zambrano	Jandry Acosta
Evelyn Macías Santana	Evelyn Macías S.
Jean Carlos Muñoz	Jean Carlos M.
Leovellor Borneo Carlos	Leovellor Borneo
Jean Pierre Espinoza C.	Jean Pierre E.
Maria Alexandra Pozumiro Zambrano	Maria A. Pozumiro
Ulga Chamorro Bedoya	Ulga Chamorro
Juan Carlos Niza	Juan Carlos Niza
Cabriel Figueroa Delgado	Cabriel Figueroa D.
Baroyan Espinoza C	Baroyan E.C.
CARRANZA REYES JOSE	JOSE
Marilyn Vélez Rivera	Marilyn Vélez

Asistentes a charlas sobre "Educación para la prevención de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva, en pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone"

NOMBRES	FIRMA
Laura Katerika Peño Vera	
Bryan Gabriel Salcedo Sánchez	
Paul Heor Rezabala	
Jhonathan Muñoz Vazquez	
Cristhann Patricia Ruiz Zambrano	
Julio Alejandro Peño Vera	
Cristhann Mejía Parales	
José María Suárez Molino	
JOIS JESUS MACIAS ALMEIDA	
Milton Andrés Moreira Andrade	
Andrés Cauller Pacheco	
ALEXANDRA ZOHAN VERA	
Angelo Pinogte Alcega	
Cesar Perilla Macías	
Cristhann Valdejo Zambrano	
José Alberto Bailón Heles	
Kathya Alva Toledo	
Isbeth Montenegro Pazmiño	
Juan Catajeva Alvar	
Carolina Castro Jorge	

Asistentes a charlas sobre "Educación para la prevención de la enfermedad de reflujo gastroesofágico no erosiva, en pacientes atendidos en el área de endoscopia del hospital del seguro social Chone"

NOMBRES	FIRMA
Jenny Vera Soos	
José Antonio Montescoca	
María Bruna Zambrano	
JORGE Luis MACIAS G	
Monica Vinicio Macias M	
SANDRA SANDRA QUINIDO	
Maria Lourdes Ortega Delgado	
Solmayra Chávez Villamil.	
César Chavez Intriago	
Bienvenido Bruna Figueroa	
Andrea Garcia Coello	
Ramón Andrade Gilera	
Cristóbal G Macias Zambrano	
Dilia Aray Vera	
GARMEN CUADROS MENDOZA	
Olmedo Lopez Angel	
MOREIRA LOPEZ JUAN.	
Mendoza Muñoz Inés	
Wilson Plendez	
David Plendez	