



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:

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGÍA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 ENERO 2014.

AUTORES:

CEDEÑO ALAVA KARLA KATHERINE
MERA ROCA CARLOS LUIS

DR FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS
DIRECTOR DE TESIS

PORTOVIEJO-MANABÍ-ECUADOR

2014

DEDICATORIA

A DIOS quien me dio la fe, fortaleza, salud y la esperanza.

A mis PADRES, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada una de mis metas, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mis HERMANAS, mi sobrina DAIRA por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A mi Tía Nancy que es mi segunda madre quien con su cariño estuvo apoyándome en todo momento.

A mi ESPOSO quien con su dedicación y paciencia a estado conmigo en todo momento dándome su apoyo incondicional y sobre todo; Gracias a la luz de mi vida, a mi ángel que está por llegar, MI HIJO que es y será mi motor y guía para seguir adelante en cada paso que daré en mi vida.

KARLA KATHERINE CEDEÑO ALAVA

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas por haberme dado la vida y en el camino la salud, la fe y fortaleza para permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar dedico primeramente mi trabajo a DIOS

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, CARLOS Y ROSY mis PADRES por motivarme porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante dándome la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento los amo.

A mis HERMANAS, por formar parte de lo más hermoso que tengo. Mi familia, IVONNE, KARLA por sus incontables muestras de amor guiándome hacia el camino del éxito, a SHERYL y su esposo el SR. VICTOR SACOTO por su apoyo incondicional a pesar de la distancia, mi gratitud eterna hacia ellos

A mis SOBRINOS, SOPHIA, JOEL, MATHEW, VICKY, CAYE, LUIS FERNADO, y ASHLEY quienes en momentos difíciles fueron el complemento que le dio sentido a mi vida llenándola de alegría con tan solo una sonrisa. Fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida, esperando con este paso profesional que doy, convertirme en un ejemplo digno para ellos, los adoro.

A mi ESPOSA, GEMA STEFANIA, a tu paciencia y comprensión, Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para ti, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de tí, gracias por estar siempre a mi lado, Te amo.

CARLOS LUIS MERA ROCA

AGRADECIMIENTO

Este trabajo de investigación, no hubiera sido posible, sin el esfuerzo y dedicación de sus autores y sobre todo por la colaboración de cada una de las personas que desinteresadamente contribuyeron para su elaboración, a las cuales citaremos a continuación:

Primeramente a Dios, por ser nuestra guía en cada paso, por acercarnos a las personas que nos apoyaron durante toda nuestra etapa de estudio y sobre todo de elaboración de nuestro proyecto.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, y al cuerpo de docentes que laboran en ella, que contribuyeron en nuestra formación profesional.

Al Tribunal de Revisión y Sustentación, por ser nuestra guía durante la elaboración de este proyecto.

Al Hospital IESS Portoviejo; especialmente al Departamento de Endoscopia, quienes nos brindaron su ayuda incondicional durante la ejecución de nuestro proyecto.

Al Dr. Walter Mecías, quien con su ayuda y paciencia brindada, nos ha encaminado a la elaboración de nuestra tesis.

A nuestras familias y amigos en general, de quienes recibimos su apoyo incondicional.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, DR FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS tengo a bien certificar que la tesis de grado titulada: HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 ENERO 2014, de los Sres. CEDEÑO ÁLAVA KARLA KATHERINE Y MERA ROCA CARLOS LUIS

El presente trabajo es original de los autoras y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano.

Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente.

.....
DR FREDDY HINOSTROZA DUEÑAS

DIRECTOR DE TESIS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

TEMA:

HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DEL ENDOSCOPIA DE HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 ENERO 2014.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO CIRUJANO

Dr. Jhon Ponce Alencastro, MDI
PRESIDENTE (e) DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dra. Yira Vázquez Giler, MN.
DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Abg. Abner Bello Molina.
ASESOR JURÍDICO

Dr. Walter Mecías Zambrano.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL.

Dr. Freddy Hinostroza Dueñas.
DIRECTOR DEL TRIBUNAL.

Dr. Ángel Zamora Cevallos, MGS
MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

Lcda. Margarita Briones Segarra.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACION.

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de tesis titulado “HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 ENERO 2014” se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dr. Walter Mecías Zambrano
PRESIDENTE DE TESIS

Dr. Ángel Zamora Cevallos, MGS
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Margarita Briones Segarra.
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN DE AUTORIA

Nosotros, Karla Katherine Cedeño Álava y Carlos Luis Mera Roca egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 ENERO 2014”, es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director Dr. Freddy Hinostroza.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a los autores.

KARLA CEDEÑO ÁLAVA

CARLOS LUIS MERA ROCA

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	v
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	vi
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACION	vii
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	viii
RESUMEN	xii
SUMMARY	xiii
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
FORMULACION DEL PROBLEMA	6
SUBPROBLEMAS.....	7
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS	8
CAPITULO II.....	9
MARCO TEORICO	9
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
VARIABLE INDEPENDIENTE	21
VARIABLE DEPENDIENTE.....	22
CAPÍTULO III.....	23
DISEÑO METODOLÓGICO	23
TIPO DE ESTUDIO	23
LINEAS DE INVESTIGACIÓN	23
AREA DE ESTUDIO	23
POBLACION Y UNIVERSO	23
FÓRMULA DE MUESTREO.....	23
MUESTRA.....	24

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	25
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	25
METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS.....	25
PLAN DE ANALISIS Y TABULACION DE DATOS.....	25
RECURSOS.....	26
INSTITUCIONALES.....	26
RECURSOS FÍSICOS.....	26
PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN.....	28
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	29
TABLA N ° 1 RELACION GENERO– EDAD DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS Y SUS HALLAZGOS ENDOSCOPICOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.....	30
TABLA N ° 2 RELACION GENERO – HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.....	32
TABLA N ° 3 RELACION EDAD- HABITOS PERSONALES DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.....	34
TABLA N ° 4 RELACION PROCEDENCIA- ESCOLARIDAD DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- ENERO 2014.....	36
TABLA N ° 5 RELACION BIOTIPO MORFOLOGICO – HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.....	38
TABLA N ° 6 RELACION RAZA-HALLAZGO ENDOSCOPICO DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.....	40
CAPÍTULO IV.....	42
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43

CAPÍTULO V.....	44
PROPUESTA.....	44
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.....	44
OBJETIVOS DE LA PROPUESTA.....	45
OBJETIVO GENERAL.....	45
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA.....	46
DATOS GENERALES.....	46
UBICACIÓN GEORREFERENCIAL.....	46
PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....	47
OBJETIVOS TERMINALES DE LA PROPUESTA.....	48
INTRODUCCIÓN A CADA UNA DE LAS UNIDADES.....	49
PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA PROPUESTA.....	49
RECURSOS MATERIALES.....	49
CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA.....	51
BIBLIOGRAFIA Y LINKOGRAFÍA.....	52
ANEXOS.....	56
FOTOS.....	60
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	71

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es el diagnóstico gastrointestinal más común registrado durante las visitas a los centros ambulatorios. Es por ello que se planteó una investigación de este problema para poder determinar los “Hallazgos Endoscópicos de los usuarios entre 18 a 70 años con sintomatología de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el Departamento de Endoscopia del Hospital IESS Portoviejo Agosto 2013-Enero 2014”. Se plantearon los siguientes objetivos: Uno General (Determinar los hallazgos endoscópicos de los usuarios entre 18 a 70 años con sintomatología de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico) y los Específicos (Identificar el perfil socio epidemiológico de los usuarios en estudio, indagar los factores de riesgo que contribuyeron a dicha patología, valorar los principales hallazgos endoscópicos y generar una capacitación sobre las medidas de prevención de esta enfermedad. La reciente investigación fue de tipo descriptivo-prospectivo, con un método Deductivo-Inductivo. La unidad de análisis fueron los 150 pacientes que presentaron reflujo gastroesofágico. Los resultados de la investigación determinaron que la edad de presentación fue a los 46 - 70 años con el 45% de los casos, de sexo femenino con el 75%, con una procedencia rural del 53%, y hábitos dietéticos como carnes ahumadas con un 53%, asociadas a la ingesta de alcohol en un 25% constituyeron causas para la presentación de este trastorno, siendo la esofagitis por reflujo con el 92% el principal hallazgo endoscópico, generándose una estrategia de prevención mediante una capacitación para mejorar la calidad de vida.

Palabras claves: reflujo gastroesofágico, endoscopia, esofagitis, factores de riesgo, calidad de vida.

SUMMARY

Gastroesophageal reflux disease is the most common gastrointestinal diagnosis recorded during visits to outpatient clinics. That is why an investigation of this problem was proposed in order to determine the "Endoscopic Findings of users between 18 to 70 years with symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease in the Department of Endoscopy IESS-January 2013 August 2014 Portoviejo Hospital."

The following objectives: One General (Determine the endoscopic findings of users between 18 to 70 years with symptoms of Gastroesophageal Reflux Disease) and Specific (Identify the socio epidemiological profile of users study to investigate the risk factors that contributed to this pathology, assess the main endoscopic findings and generate a training on the prevention of this disease. Recent research prospective, descriptive, with Deductive-Inductive method.

The unit of analysis were 150 patients GERD presenting research results determined that the age of presentation was at 46 -. 70 years with 45% of cases, female 75%, with 53% of rural origin, and dietary habits as smoked meats with 53% related to alcohol consumption by 25% constituted grounds for the presentation of this disorder, with reflux oesophagitis with 92% the main endoscopic finding, generating a strategy of prevention through training improving the quality of life.

Keywords:

Gerd, endoscopy, esophagitis, risk factors, quality of life.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El reflujo gastroesofágico fisiológico o patológico es un trastorno muy frecuente en la consulta clínica, y su valoración exacta es difícil ya que muchos de estos pacientes son auto medicados he aquí la importancia de esta molestia en nuestro medio.

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico presenta una amplia variación geográfica, siendo mayor en países como Estados Unidos y Europa y menor en países asiáticos.

Bohen H, Prado, (2009)

En la población latinoamericana, la prevalencia de reflujo podría diferir de la observada en los países industrializados debido a que posee diferencias étnicas, socioculturales y económicas peculiares.

En lo observado en diversos estudios la asociación de la disminución de la presión del Esfínter Esofágico Inferior principal mecanismo fisiopatológico implicado, mas otros factores precipitantes como alteración del “aseo esofágico”, pH esofágico inadecuado, elementos ambientales y constitucionales (obesidad y sobrepeso, posición corporal postprandial, hábitos alimentarios, tabaquismo, consumo de fármacos relacionados al reflujo gastroesofágico), entre otros (infección por Helicobacter Pylori, estrés, embarazo, enfermedades del tejido conectivo, reflujo postquirúrgico) provocarían un aumento en la incidencia de esta patología. Cameron, A (2009).

Aunque la endoscopia es la principal prueba en pacientes cuya condición es resistente a la terapia empírica, en su rendimiento en este entorno es alta debido a la rica correlación entre los síntomas de Reflujo Gastroesofágico y la Esofagitis, la probabilidad que la Esofagitis preexistentes pueden haber resuelto con tratamiento previo, y la poca sensibilidad para la detección de trastornos de la motilidad. Cameron, A (2009).

El principal objetivo fue identificar los hallazgos endoscópicos observados en los pacientes entre los 18 a 70 años con sintomatología de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico atendidos en el Departamento de Endoscopia del Hospital IESS de Portoviejo durante el periodo de Agosto 2013 Enero 2014

JUSTIFICACION

La presente investigación se originó por la gran incidencia de pacientes que presentaron enfermedad por reflujo gastroesofágico valorados en el departamento de endoscopia en el hospital IESS – Portoviejo durante el año 2013. En los cuales se analizaron varios factores de riesgo como la edad, sexo, procedencia, escolaridad, etnia, hábitos dietéticos-nocivos y biotipo morfológico que influyeron en la manifestación de esta patología, con el objetivo de modificar su estilo de vida.

En este contexto, la realización del reciente trabajo tuvo un aporte académico y científico importante, en razón de que se ha tomado al Hospital IESS Portoviejo para observar los principales hallazgos endoscópicos en los usuarios entre 18 a 70 años con sintomatología de esta enfermedad y poseer una base de datos para ejecutar el respectivo seguimiento.

La investigación fue factible por que se contó con el apoyo de los gastroenterólogos del Hospital IESS Portoviejo que nos ayudaron analizar e interpretar las lesiones endoscópicas de los beneficiarios con este padecimiento. Desde el punto de vista social el proyecto tuvo una contribución significativa, ya que se logró la participación activa de las pacientes.

En lo profesional, los autores, tuvimos la oportunidad de recibir una formación de tercer nivel, adquirimos una mayor experiencia sobre los hallazgos endoscópicos que se encontraron en los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico que nos permitió conocer sus diferentes tipos de afecciones.

Acorde a lo expresado se justificó plenamente esta investigación por dos razones. Primero, no existen muchos estudios descriptivos epidemiológicos similares que permiten conocer el comportamiento del reflujo gastroesofágico y los factores asociados más frecuentemente con su patogenia en nuestro medio; considerando además que el pilar fundamental en su prevención y manejo es la educación del paciente, para suprimir los hábitos dietéticos-nocivos identificados en la consulta. Segundo, es imperiosa la necesidad de realizar una mejor evaluación del paciente con reflujo gastroesofágico a partir del binomio endoscopia / pHmetría (que no está disponible en el Hospital IESS Portoviejo); lo que permitirá considerar mejores alternativas terapéuticas.

El vigente trabajo se lo realizó como requerimiento de graduación de la Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, la cual ha viabilizado todas las facilidades necesarias para la formación de nuevos médicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de síntomas de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en la población general adulta de los Estados Unidos es del 40% (al menos una vez al mes). Aproximadamente el 20% reporta síntomas semanales y el 14% todos los días. Definitivamente, en el progreso a la cronicidad pueden surgir complicaciones como estenosis esofágica, Esófago de Barret, ulceración esofágica, hemorragia digestiva alta y cáncer esofágico que forman los hallazgos endoscópico de mayor categoría.

La evaluación diagnóstica incluye la elaboración de una buena historia clínica y una variedad de pruebas diagnósticas, entre las que se diferencian las que determinan la existencia de reflujo patológico (pHmetría ambulatoria, gradiente de pH esofagogástrico y esofagomanometría) de las que ponen de manifiesto la repercusión del reflujo sobre el esófago (endoscopia digestiva alta y biopsia de mucosa esofágica). Cameron, A (2009).

Vaulad, et al. (2009) presentaron un consenso global sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico en el cual participaron 43 expertos de 18 países. Ellos proponen el término “sospecha endoscópica de metaplasia esofágica” para describir las manifestaciones endoscópicas sugestivos de Esófago de Barret en espera de ser confirmados por histología.

Las manifestaciones endoscópicas en pacientes con Enfermedad por Reflujo en el Ecuador ha sido poco investigada, hay algunos estudios los cuales han reportado un incremento poco homogéneo del número de Cáncer de Esófago en pacientes de 24 a 26

años, y se necesitan justificativos epidemiológicos para implementar intervenciones preventivas para evitar el desarrollo de lesiones pre neoplásicas.

Por el contrario, las dos terceras partes de los pacientes que presentaron síntomas de reflujo no tenían esofagitis. Por otra parte, aunque reflujo gastroesofágico es la causa más común de la acidez estomacal, otros trastornos (por ejemplo, acalasia y la esofagitis eosinofílica) también pueden causar o contribuir a la acidez.

El análisis de los casos presentados en los habitantes de la ciudad de Quito durante 16 años puede ser un aporte importante para el conocimiento de estas lesiones premalignas y neoplásicas en nuestro país o por lo menos de su comportamiento en la región de la sierra ecuatoriana, ya que en la costa las características ambientales y culturales son diferentes.

El Hospital IESS Portoviejo siendo una entidad sanitaria de cobertura provincial encargado del diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías mediante la atención de especialidades, da la importancia de realizar esta investigación y contribuir en la determinación de los hallazgos endoscópicos más importantes.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿CUALES SON LOS HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014?.

SUBPROBLEMAS

¿Cuál es el perfil socioepidemiológico de los usuarios en estudio?

¿Cuáles son los factores de riesgos que originaron el reflujo gastroesofágico?

¿Cómo determinar la calidad de vida de los usuarios con reflujo gastroesofágico?

¿Cómo implementar un programa preventivo en el departamento de endoscopia del Hospital IESS de Portoviejo para prevenir el reflujo gastroesofágico?

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Educativo

Área: Medicina

Aspecto: Hallazgos Endoscópicos en los usuarios con sintomatología de Enfermedad por reflujo gastroesofágico en usuarios de 18 a 70 años

Delimitación Espacial: La investigación se desarrolló en el Hospital IESS de Portoviejo localizado en la prolongación de la Avenida Manabí y Calle Manuel Palomeque - Vía aeropuerto del cantón Portoviejo.

Delimitación Temporal: La presente investigación se desarrolló durante el periodo Agosto 2013 Enero 2014.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los hallazgos endoscópicos de los usuarios entre 18 a 70 años con sintomatología de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el Departamento de Endoscopia del Hospital IESS Portoviejo Agosto 2013 - Enero 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el perfil socioepidemiológico de los usuarios en estudio.

Indagar los factores de riesgo que contribuyen al reflujo gastroesofágico.

Valorar los principales hallazgos endoscópicos en los pacientes con reflujo gastroesofágico por endoscopias digestivas altas.

Modificar el estilo de vida mediante campañas de prevención de Reflujo Gastroesofágico en usuarios de 18 a 70 años que acuden al área de Endoscopia del Hospital IESS de Portoviejo.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Vaulad, et al. (2009) cito que “La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico es la regurgitación sintomática del contenido gástrico hacia el esófago. En los Estados Unidos, se estima que alrededor del 14 a 20% de las personas mayores de 45 años se ven aquejados muy frecuentemente por esta patología, aunque tales porcentajes son en el mejor de aproximaciones, dado que la enfermedad tiene una definición incierta y que tales estimaciones son sobre la base de la prevalencia de la acidez estomacal crónico”

Se entiende como Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico al conjunto de manifestaciones clínicas y/o paraclínicas inducidas por el ascenso del contenido gástrico por arriba de la unión gastroesofágica, y con un impacto significativo sobre la calidad de vida de las personas que la sufren Katzaka, D (2012).

Se conoce que es una entidad muy prevalente, entre un 10-20% en los países occidentales y un 5% en Asia. Farreras P, et al. (2012).

Algunos elementos pueden inducir a los usuarios a reflujo patológico, incluyendo vaciamiento gástrico retardado, estados de hipersecreción gástrica (acidez estomacal), el aumento de cumplimiento del canal del hiato, hernia de hiato, hipotensión del esfínter esofágico inferior, la pérdida de función peristáltica, infección por *H. pylori* además de otros factores de riesgo como el alcohol, tabaco, café, ejercicios físicos intensos, medicamentos, obesidad abdominal y hábitos dietéticos. Katzaka, D (2012).

La edad constituye un factor de riesgo de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico pero la mayoría de casos y controles no confirman esta asociación. Los resultados de una investigación muestran que la prevalencia de pirosis es similar en ambos sexos. Katzaka, D (2012).

Vaulad, et al. (2009) dedujeron que “Análisis transversales encuentran una asociación significativa entre obesidad y síntomas de esta entidad y presentan un gradiente según el índice de masa corporal”. Por lo que se desconoce el mecanismo por el cual la obesidad puede causar reflujo. Entre las personas obesas existe un mayor riesgo de hernia de hiato, pero no está claro si la hernia de hiato explica este aumento de reflujo.

Ho, K. (2009) citan que “Estudios disponibles muestran que los cítricos, las bebidas carbonatadas, el café, la cafeína, el chocolate, la cebolla y otras especias, las comidas ricas en grasas, carnes ahumadas, la menta y la hierbabuena presentan resultados discordantes y no concluyentes”. Algunos casos y controles encuentran que la ingesta de sal (alimentos salados, sal extra) presenta una asociación dosis-respuesta con los síntomas de esta patología. Ciertos alimentos copiosos y las comidas tomadas a última hora antes de acostarse y la aparición de reflujo postprandial son limitados.

El ejercicio físico intenso se considera un factor de riesgo que exacerba los síntomas de esta enfermedad. No obstante, se dice que el ejercicio físico regular semanal, de 30 o más minutos al día, podría ser una medida protectora. Bigard, M (2004).

El consumo de tabaco como causa presenta resultados contradictorios entre los diferentes estudios disponibles. Recientemente se ha dicho que las personas que han fumado diariamente durante más de 20 años se relaciona a un incremento de los síntomas comparado con los que fuman diariamente desde hace menos de un año. Gordon, et al. (2009).

Existe un grupo heterogéneo de medicamentos que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior (bloqueadores de los canales del calcio, anticolinérgicos, aminofilinas y nitratos) y otros disminuyen el tránsito gastrointestinal (opiáceos y esteroides). El consumo de ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos (AINES) está relacionado con erosiones esofágicas o con el desarrollo de estenosis, aunque su contribución en la patogenia de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico no está clara. Bigard, M (2004).

La hernia de hiato es un tema discutido. Inicialmente se pensó que la hernia estaba presente en los pacientes con reflujo y posteriormente se consideró un hallazgo casual. En la actualidad se piensa que dicha salida de hiato por deslizamiento modifica tanto la anatomía como la fisiología del mecanismo antirreflujo, lo cual contribuye a lesionar la mucosa del esófago, en particular en los pacientes con Enfermedad Gastroesofagica Grave. Gordon, et al. (2009).

El reflujo aumenta al estar en posición de decúbito sobre el lado derecho. Los usuarios que duermen con la cabecera de la cama elevada presentan menos episodios de reflujo que los que duermen en posición plana. Bohem, H, Prado, J. (2009)

Se encuentra una asociación negativa entre la infección por *H. pylori* y la ERGE y sus complicaciones. La tendencia epidemiológica opuesta entre enfermedades gastroduodenales (en descenso) y esofágicas (en aumento) en los países donde la infección por *H. pylori* está en descenso es compatible con un papel doble de la bacteria que podría actuar como factor de riesgo en la enfermedad ulcerosa y el cáncer gástrico y a la vez como factor protector en la ERGE y sus complicaciones. *H. pylori* puede inhibir o exacerbar el reflujo ácido dependiendo de cómo afecte la infección al estómago. Bohlen H, et al. (2009).

La gastritis distal incrementa la producción de ácido gástrico y en este caso la erradicación de *H. pylori* reduciría el riesgo de úlcera péptica y también la producción de reflujo ácido. Contrariamente, la gastritis atrófica generalizada disminuye la producción de ácido gástrico y en este caso la erradicación puede incrementar la gravedad del reflujo. Delaney, B (2009)

Debe recordarse que el reflujo gastroesofágico puede aparecer en individuos sanos cuyo esfínter esofágico inferior puede verse alterado por relajaciones espontáneas del esfínter que permiten el paso del contenido gástrico. En el aclaramiento esofágico previenen algunos factores: la acción de la gravedad favorece la limpieza esofágica, la participación de la acción de la saliva con su capacidad de arrastre y de taponamiento y de forma fundamental, la actividad motora normal del esófago determina el correcto vaciamiento esofágico del material gástrico refluído. Farreras P, et al. (2012).

En los últimos años se sabe que la hernia diafragmática no es un factor determinante en la aparición de reflujo y que su contribución a la esofagitis es secundaria. Farreras P, et al. (2012).

En la aparición del reflujo gastroesofágico pueden participar también factores propiamente gástricos. Así, la hipersecreción acida, con el consiguiente aumento de volumen intragástrico, favorece el reflujo. El vaciamiento gástrico enlentecido predispone también al paso del contenido gástrico al esófago. Los aumentos de presión intragástrico potencian la existencia del reflujo al alterar el equilibrio de presiones entre el estómago, el Esfínter Esofágico Inferior y el esófago. Diversos factores constitucionales y ambientales se han implicado en la aparición de esofagitis por reflujo. Farreras P, et al. (2012).

La importancia de la edad, en el adulto, es motivo de discusión. Mientras algunos trabajos han demostrado un aumento del reflujo gastroesofágico con la edad, otros no han encontrado esta relación. La obesidad parece predisponer al reflujo, posiblemente por aumento de presión intraabdominal, si bien la presión del Esfínter esofágico inferior se mantiene normal, la relación entre el reflujo y la posición corporal es asimismo importante. Farreras P, et al. (2012).

La presencia de dolor retro esternal o reflujo ácido que a menudo progresan tras la ingestión de alimentos y con el posterior alivio con alcalinos, es muy predictiva de esta patología. Otras veces, las manifestaciones clínicas del reflujo son distintas y muy variadas: eructos, dolor epigástrico, pesadez postprandial, náuseas, hipo, disfagia, odinofagia o anemia. Farreras P, et al. (2012).

El interrogatorio de la sintomatología es una ayuda óptima en el diagnóstico de

enfermedad por reflujo. La presencia de una intermitente disfagia, tanto para sólidos como para líquidos, es predictora de transformación motora esofágica que puede ser causada por el reflujo. Por el contrario, una progresiva disfagia para sólidos sugiere una causa mecánica. En tal caso hay que descartar la estenosis esofágica. Sin embargo, la coexistencia de pérdida de peso, anemia, odinofagia y disfagia precisan realizar una endoscopia digestiva alta para descartar lesiones cancerígenas. Bufanda, L. (2009).

La Enfermedad Gastroesofágica puede producir asma por microaspiración del contenido estomacal hacia el árbol respiratorio. En algunas ocasiones, el único síntoma clínico del reflujo podría provocar molestias faríngeas o laríngeas, como sensación de cuerpo extraño o disfonía, de un nudo en la garganta (globo histérico) Estas manifestaciones emergen hasta una tercera parte de los pacientes con reflujo gastroesofágico. Farreras P, et al. (2012).

La regurgitación de acidez al esófago es una causa frecuente de dolor precordial no cardíaco. El dolor puede ser indistinguible clínicamente del producido por una disminución del riego sanguíneo coronario. Farreras P, et al. (2012).

La reducción de peso se recomienda en pacientes con sobrepeso, dado la fuerte asociación entre un mayor índice de masa corporal y la probabilidad de los síntomas. La reducción de acidez del jugo gástrico mejora los síntomas de flujo y permite sanar la esofagitis. Delaney, B (2009).

En el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico la historia clínica es fundamental; sin embargo, hay que tener en cuenta que algunos usuarios con esofagitis

permanecen asintomáticos, y que otros con manifestaciones de reflujo no presentan inflamación esofágica. Entre los métodos diagnósticos de esta entidad hay que distinguir las pruebas que determinan la existencia de reflujo patológico de las que ponen de manifiesto la repercusión del reflujo sobre el esófago. En los actuales momentos se admite de una manera general que la mejor técnica para establecer la presencia de reflujo es la ejecución de una pH metría de 24 h. No obstante, no todos los nosocomios disponen de esta técnica diagnóstica y su utilización debe limitarse a los casos en los que existen dudas diagnósticas o de respuesta al tratamiento. Ferreras P, et al. (2012).

La Endoscopia Digestiva Alta es la técnica más útil para valorar la intensidad del reflujo gastroesofágico. Ésta es una prueba excelente para confirmar las consecuencias del reflujo gastroesofágico sobre la mucosa esofágica así como para evidenciar las complicaciones la esofagitis por reflujo Además, esta técnica permite encasillar la gravedad de la Esofagitis (grados I a IV según la clasificación de Savarín) Ferreras P, et al. (2012).

Asimismo nos permite tomar biopsia, con la posterior realización de estudios histológico en busca de: Esofagitis de alto y bajo grado, metaplasia gástrica, intestinal completa e incompleta, Esófago de Barrett que es considerada una lesión premaligna, y el Adenocarcinoma Esofágico. Bohem H, et al. (2009)

Esta evaluación tiene cierta utilidad pronóstica ya que el porcentaje de mejorías tras la administración de medicamentos como los antagonistas de los receptores H es inversamente proporcional al grado de esofagitis. En ciertas situaciones existen

variaciones microscópicas propias de esofagitis en las biopsias tomadas de esófagos endoscópicamente normales. Además, hasta el 40% de los pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico no presentan signos endoscópicos de esofagitis. Farreras P, et al. (2012).

A sí mismo, la existencia de esofagitis no indica ciertamente la aparición de reflujo gastroesofágico, ya que agentes infecciosos o tóxicos pueden provocar de igual forma inflamación de la mucosa del esófago. La radiología baritada es una técnica con rara sensibilidad en el diagnóstico de enfermedad por reflujo, pero es ventajosa para demostrar sus complicaciones, como estenosis o úlceras esofágicas. Cuando existen dudas sobre los síntomas de un paciente con reflujo, se utiliza la prueba de la perfusión ácida, aunque en los actuales momentos su validez está en debate y ha sido cambiada por la pHmetría. Maxton, D. (2010).

Pruebas diagnósticas como pHmetría y la manometría esofágicas aportan mayor interés en la evaluación preoperatoria de los usuarios esofagitis por reflujo. Conjuntamente permiten analizar la gravedad del reflujo, así como el estado funcional del Esfínter Esofágico Inferior. Farreras P, et al. (2012).

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico grado A se observan erosiones de la mucosa, no mayor a 5 mm que no se extiende entre las crestas de dos pliegues.

Grado B: Una (o más) erosiones de la mucosa mayor de 5 mm que no se extiende entre las crestas de dos pliegues.

Grado C: Una (o más) erosiones continuas de la mucosa entre las crestas de dos o más pliegues mucosos, pero que involucran menos del 75% de la circunferencia.

Grado D: Una (o más) erosiones de la mucosa que involucra el 75% o más de la circunferencia esofágica. Lundell, L. (2009).

Pruebas fisiológicas no es necesaria, pero puede ser útil en determinados pacientes mediante la identificación de trastornos de la motilidad sutiles, lo que demuestra anormal la exposición al ácido esofágico en ausencia de esofagitis, o más recientemente, tanto la cuantificación de la exposición a ácido esofágico y la identificación de los eventos de reflujo independientemente de contenido ácido para evaluar las correlaciones con los síntomas. Muchas de las modificaciones de estilo de vida se recomiendan como terapia para la enfermedad de reflujo gastroesofágico. Carlos, A. (2010).

La terapéutica de esta enfermedad dependerá de la gravedad , en los casos leves no complicados el tratamiento dietético y postural , asociados a la toma de antiácidos , suele ser suficiente, debe aconsejarse al usuario que evite alimentos que desencadenan la pirosis; como son las grasa , el chocolate , café y el consumo de alcohol y tabaco, evitar el consumo de fármacos que favorecen la incompetencia del Esfínter Esofágico Inferior, como los anticolinérgicos, estimulantes de los receptores beta 2 adrenérgicos y relajantes musculares, es imperioso corregir también los factores mecánicos que favorecen al reflujo, no debe ingerir alimentos horas previas al acostarse y se aconseja también la adecuada posición de decúbito y la cabecera de la cama elevada. Cuando los síntomas son más intensos y persistentes o la endoscopia ha revelado una esofagitis, el tratamiento debe dirigirse a inhibir la secreción acida del estómago con el fin de disminuir el factor agresivo fundamental. Carlos, A. (2010).

En la esofagitis grado I y II los antagonistas de los receptores H₂ conforman el tratamiento inicial. En caso de mala respuesta se debe aumentar la dosis o sustituirlos por inhibidores de bomba de protones (omeprazol, lansoprazol). En los pacientes con esofagitis grave grados III y IV, la terapéutica debe iniciarse con inhibidores de bomba de protones. Como pauta general, en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico se requieren dosis más altas de antiseoretos y durante periodos más prolongados que en el tratamiento de la úlcera péptica. Farreras et al. (2012).

Las complicaciones de la esofagitis por reflujo son el esófago de Barrett, la úlcera péptica, la estenosis y la hemorragia. Las estenosis esofágicas por esofagitis se producen cuando el reflujo gastroesofágico es grave y prolongado. En las fases iniciales se deben sobre todo al edema mucoso y al espasmo del órgano, pero cuando la inflamación afecta la submucosa causa estenosis anular por fibrosis. Serag, H. (2009).

Se manifiesta clínicamente como disfagia a los sólidos. El tratamiento debe encaminarse a resolver la estenosis e impedir el reflujo gastroesofágico. En actuales momentos se acepta que el mejor tratamiento de la estenosis es la dilatación bajo control endoscópico. En cuanto al reflujo, la decisión de instaurar un tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones o un tratamiento quirúrgico dependerá de su gravedad, su respuesta a los fármacos, la edad y el estado general del paciente. Sólo el 5% de las estenosis esofágicas requieren resección. Farreras et al. (2012).

El esófago de Barrett consiste en el remplazo del epitelio escamoso, normal del esófago por epitelio columnar metaplásico. Farreras et al. (2012).

Histológicamente se distinguen tres tipos de epitelio: a) epitelio columnar especializado, b) epitelio transicional, sin células parietales ni principales, y c) epitelio de tipo fúndico, con glándulas mucosas y células parietales y principales. Con frecuencia los tres tipos de metaplasia se presentan en el mismo paciente. Delaney, B (2009).

El esófago de Barret está en relación con el reflujo gastroesofágico y se debe probablemente a un proceso de lesión/regeneración. Los usuarios con esófago de Barrett tienen un reflujo más intenso y unas alteraciones motoras esofágicas mayores que los demás pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Delaney, B (2009).

Sin embargo, individualmente no existe ninguna característica fisiopatológica ni clínica que los distinga. Para su diagnóstico imprescindible la realización de endoscopia con toma de biopsias múltiples para la confirmación histológica. Bigard, M (2004).

La importancia diagnóstica del esófago de Barrett estriba en su carácter premaligno. Este proceso se establece a través de la secuencia metaplasia –displasia- neoplasia. Por este motivo es fundamental realizar un seguimiento periódico de los enfermos: con esófago de Barrett para establecer su riesgo individual en cada momento. Farreras et al. (2012).

El tratamiento del esófago de Barrett sin displasia o con displasia de bajo grado, son los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lansoprazol). Cuando se ha confirmado la presencia de displasia de alto grado, el tratamiento ha de ser la resección esofágica. De hecho hasta en la mitad de los pacientes se encuentra un "carcinoma

cuando se realiza esofagectomía. En todos los pacientes con esófago de Barrett se debe hacer seguimiento evolutivo con endoscopias periódicas cada 12 meses si hay displasia de baja grado y cada 24 meses si no hay displasia. Farreras et al. (2012).

La hemorragia digestiva es una complicación frecuente de la esofagitis por reflujo. Suele presentarse como anemia crónica. Debe preocuparse ante cualquier anemia de origen in-cierto, sobre todo en ancianos, aun cuando no existan síntomas de reflujo gastroesofágico. Farreras et al. (2012).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE : ENFERMEDADES POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO			
CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
El reflujo gastroesofágico es una disfunción del esófago distal, que condiciona un retorno frecuente del contenido gástrico hacia el esófago, y que usualmente va asociado a vómito.	Características Socio Epidemiológica	Edad	18-35 años
			36 – 45 años
			46-70 años
		Genero	Masculino
			Femenino
		Procedencia	Urbana
			Rural
		Escolaridad	Analfabeto
			Primaria
	Secundaria		
	Superior		
	Factores de Riesgo	Raza	Blanca
			Negra
			Mestiza
		Habitos Dietéticos - Nocivos	Carnes Ahumados
			Alcohol
			Tabaco
Cafeína			
Drogas			
Biotipo Morfológico		Medicamentos	
		Asténico	
	Normolineo		
	Pícnico		

VARIABLE DEPENDIENTE : HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS			
CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Son las modificaciones en los tejidos que recubren el esófago en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico.	Endoscopia	Tipos de Lesión	Esofagitis por reflujo
			Esófago de Barret
			Gastritis crónica atrófica
			Úlceras esofágicas

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Fue un estudio prospectivo porque se realizó en un determinado tiempo y descriptivo porque nos permitió establecer las características socio epidemiológica, factores de riesgo y los hallazgos endoscópicos de los usuarios.

LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Factores de Riesgo para la Salud.

AREA DE ESTUDIO

Departamento de Endoscopia del Hospital IESS - Portoviejo de la Provincia de Manabí, País Ecuador.

POBLACION Y UNIVERSO

El universo estuvo constituido por 465 usuarios que asisten al Departamento de Endoscopia en el Hospital IESS Portoviejo.

FÓRMULA DE MUESTREO

n: muestra.

N: población.

P: Nivel de ocurrencia o probabilidad a favor.

Q: Nivel de no ocurrencia o probabilidad en contra.

e: Margen de error.

Z: Nivel de confiabilidad o confianza.

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

$$(Z)^2 \times P \cdot Q + N \cdot e^2$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 465}{(0.05)^2}$$

$$(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 + 465 \times (0.05)^2$$

$$n = \frac{3.84 \times 116}{0.96}$$

$$3.84 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n: 0.96 + 2$$

$$n = \frac{445}{2.96}$$

$$2.96$$

$$n: 150.33$$

MUESTRA

La muestra estuvo integrada por 150 usuarios que asistieron al Departamento de Endoscopia del Hospital IESS Portoviejo, los cuales cumplieron los criterios establecidos para la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico.

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomó en cuenta para la realización de este proyecto todos los usuarios que asistieron a realizarse Endoscopias Digestiva Alta con diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el Departamento de Endoscopia durante Agosto 2013 a Enero 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluye a los usuarios atendidos con otra patología en el Departamento de Endoscopia.

METODOS E INSTRUMENTOS Y TECNICAS

Previa autorización de las autoridades del Hospital IESS Portoviejo; se usó una encuesta estructurada con preguntas de fácil resolución en la cual valoramos las características socio epidemiológicas de los usuarios, factores de riesgo, para la determinación de los hallazgos endoscópicos contamos con la ayuda de los Gastroenterólogos que trabajan en el Departamento de Endoscopia quienes nos explicaron las características de cada una de la lesiones que observábamos mediante las endoscopias que se le realizaban a los usuarios.

PLAN DE ANALISIS Y TABULACION DE DATOS

La información obtenida fue procesada con ayuda del programa de Excel, la misma que se calificara en porcentajes para facilitar la tabulación. Para los datos cuantificados se

emplearan gráficas y cuadros estadísticos para interpretar y analizar los resultados de la investigación a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados.

Además se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación

RECURSOS

INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud

Hospital IESS - Portoviejo

RECURSOS HUMANOS

Investigadores: Cedeño Álava Karla Katherine y Mera Roca Carlos Luis.

Personal que labora en el Departamento de Endoscopia del Hospital IESS Portoviejo.

Miembros del Tribunal de Tesis.

Usuarios

RECURSOS FÍSICOS

Papel bond

Bolígrafo

Lapiceros

Computadora

Internet

Dispositivo USB

Tinta de impresora

Cámara digital

Teléfono

Textos

Revistas

Tarjeta telefónica

Transporte

PRESUPUESTO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

El presupuesto de la investigación estará determinado por los ingresos de los investigadores el cual incluirá los gastos de transporte, alimentación, internet, impresiones.

ACTIVIDADES	PRECIO UNITARIO	VALOR TOTAL
Impresiones y copias	0.25	600 dólares
Internet	1.00	100 dólares
Papelería	1.00	100 dólares
Imprevisto	2.00	100 dólares
Transporte	1.75	100 dólares
Anillados y empastados	6.00	200 dólares
TOTAL	12.00	1200 dólares

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N ° 1

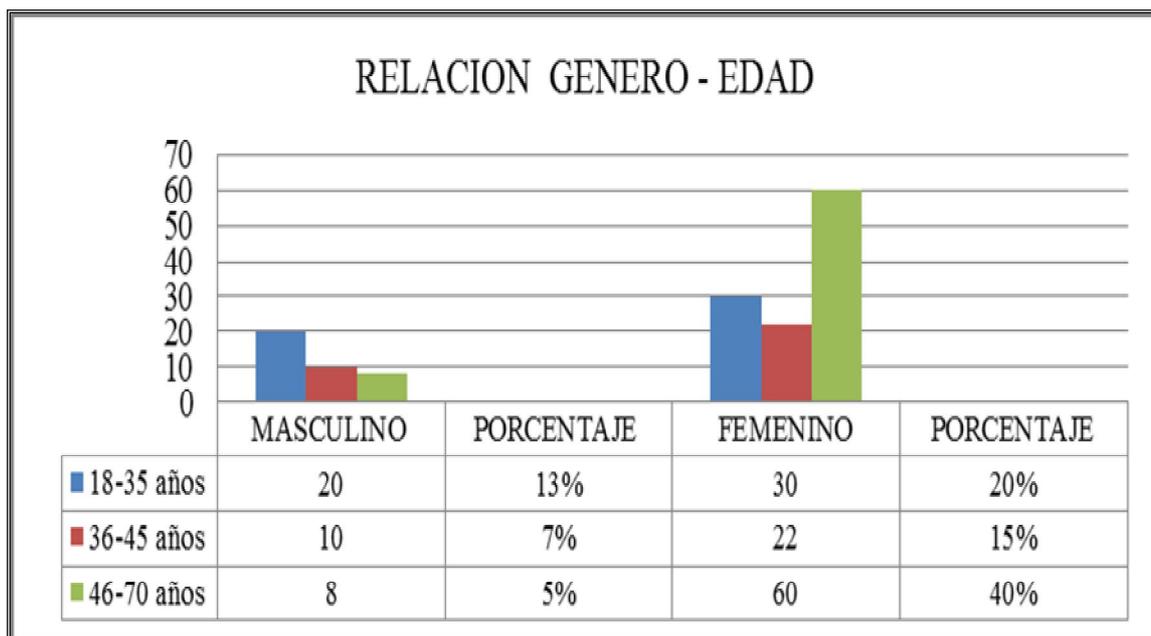
RELACION GENERO- EDAD DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS Y SUS HALLAZGOS ENDOSCOPICOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.

Genero / Edad	Masculino		Femenino		Total de pac
	Edad	Porcentaje	Edad	Porcentaje	
18-35 años	20	13%	30	20%	50
36-45 años	10	7%	22	15%	32
46-70 años	8	5%	60	40%	68
	38	25%	112	75%	150

Fuente: Ficha recolectora de datos

Elaborado por: I/M Cedeño Álava Karla - I/M Mera Roca Carlos

GRAFICO # 1



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 1

La población de estudio fue de 150 pacientes de las cuales, la edad de mayor presentación fue de 46 a 70 años con un 45 % de los casos, seguido de 18 a 35 años con un 33%, mientras que los de 36 a 45 años le correspondió un menor porcentaje relacionándose directamente con el sexo femenino que predominó en el estudio en una proporción 3 a 1 al masculino . Lo que coincide con las publicaciones de Vaulad, et al. (2009) donde el reflujo gastroesofágico se presenta después de los 40 años, aumentando su incidencia a partir de esa edad y alcanzando un pico máximo en la séptima década de la vida.

TABLA N ° 2

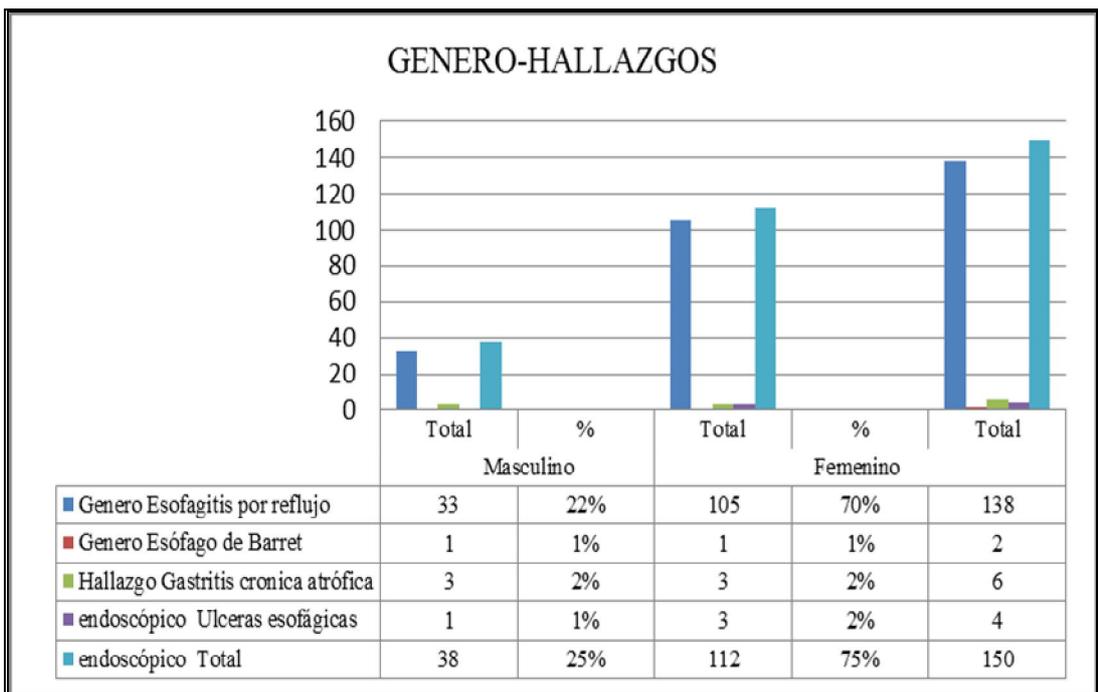
RELACION GENERO – HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.

Genero	Hallazgo endoscópico	Masculino		Femenino		
		Total	%	Total	%	Total
	Esofagitis por reflujo	33	22%	105	70%	138
	Esófago de Barret	1	1%	1	1%	2
	Gastritis cronica atrófica	3	2%	3	2%	6
	Ulceras esofágicas	1	1%	3	2%	4
	Total	38	25%	112	75%	150

Fuente: Ficha recolectora de datos

Elaborado por: I/M Cedeño Álava Karla - I/M Mera Roca Carlos

GRAFICO # 2



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 2

La relación entre el sexo y los hallazgos endoscópicos se determinó que en el 92 % presentaron esofagitis por reflujo, siendo el sexo femenino el más afectado en un 75%, lo que coincide con estudio como el de Serag,H. (2009) en donde el hallazgo endoscópico más frecuente fue la esofagitis por reflujo en las mujeres determinado por su estilo de vida.

TABLA N ° 3

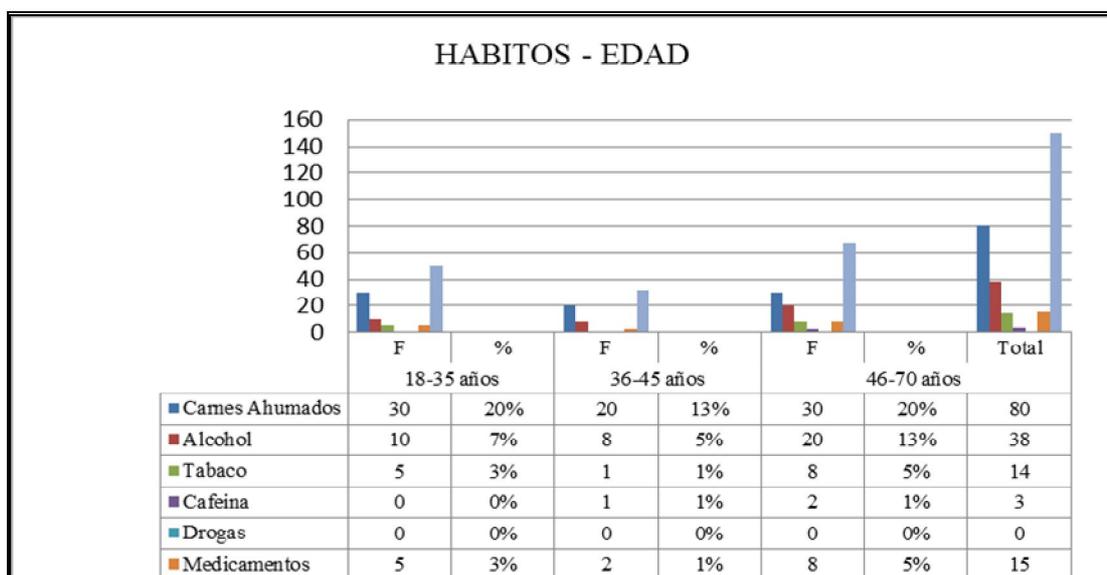
RELACION EDAD- HABITOS PERSONALES DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.

Edad	18-35 años		36-45 años		46-70 años		Total
	F	%	F	%	F	%	
Hábitos							
Carnes Ahumados	30	20%	20	13%	30	20%	80
Alcohol	10	7%	8	5%	20	13%	38
Tabaco	5	3%	1	1%	8	5%	14
Cafeina	0	0%	1	1%	2	1%	3
Drogas	0	0%	0	0%	0	0%	0
Medicamentos	5	3%	2	1%	8	5%	15
Total	50	33%	32	21%	68	44%	150

Fuente: Ficha recolectora de datos

Elaborado por: I/M Cedeño Álava Karla - I/M Mera Roca Carlos

GRAFICO # 3



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 3

La relación entre los hábitos personales y la edad determino que el consumo de carnes ahumadas represento el 53 % de los hábitos de los usuarios, seguido de la ingesta de alcohol con un 25 % , siendo la edad de mayor afectación de 46 a 70 años con un 44% de los casos . Lo que coincide con Ho, K. (2009) donde se ha visto que personas que ingieren alimentos ahumados asociados a grandes cantidades de alcohol aumentan el riesgo de producir lesiones pre malignas del estómago.

TABLA N ° 4

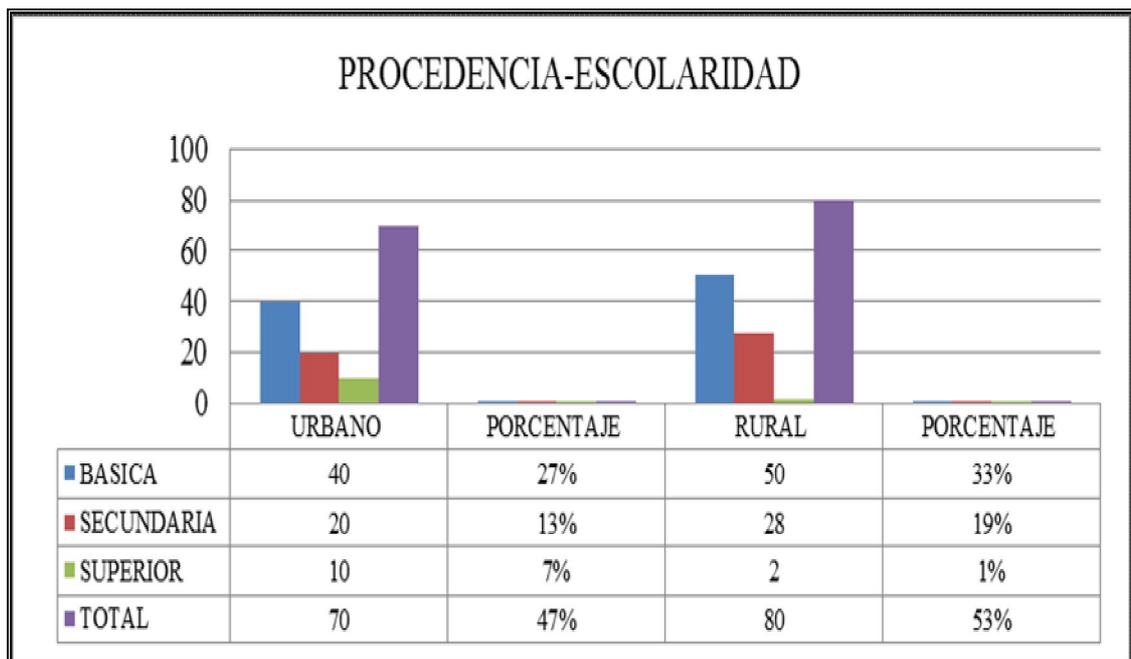
RELACION PROCEDENCIA- ESCOLARIDAD DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- ENERO 2014.

Procedencia	Urbano		Rural		
	Urbano	Porcentaje	Rural	Porcentaje	
Escolaridad	Basica	40	27%	50	33%
	SECUNDARIA	20	13%	28	19%
	SUPERIOR	10	7%	2	1%
	TOTAL	70	47%	80	53%

Fuente: Ficha recolectora de datos

Elaborado por: I/M Cedeño Álava Karla - I/M Mera Roca Carlos

GRAFICO # 4



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 4

La relación que se estableció entre la procedencia y la escolaridad determino que la de origen rural predomino con un 53 % , asociándose a una escolaridad básica con un 33% que fue el factor que influyó directamente en la presentación del reflujo gastroesofágico, debido al poco conocimiento de los factores de riesgo que desencadenan esta patología. Coincidiendo con Bufanda, L. (2009) quien determino que las personas de origen rural con un bajo nivel educativo son más propensos de presentar esta enfermedad.

TABLA N ° 5

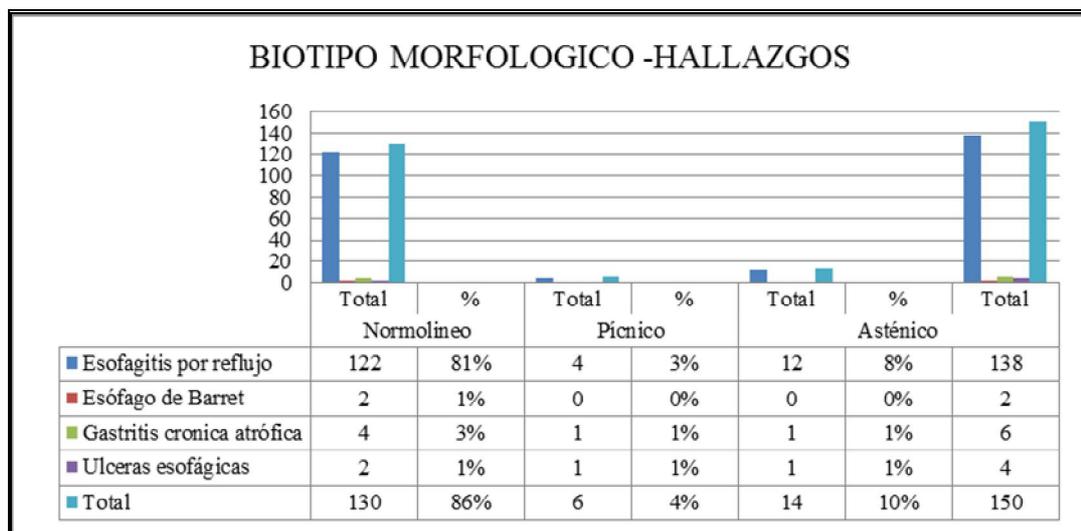
RELACION BIOTIPO MORFOLOGICO – HALLAZGOS ENDOSCOPICOS DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.

Biotipo morfológico	Hallazgo endoscópico	Normolineo		Pícnico		Asténico		
		Total	%	Total	%	Total	%	Total
	Esofagitis por reflujo	122	81%	4	3%	12	8%	138
	Esófago de Barret	2	1%	0	0%	0	0%	2
	Gastritis cronica atrofica	4	3%	1	1%	1	1%	6
	Ulceras esofágicas	2	1%	1	1%	1	1%	4
	Total	130	86%	6	4%	14	10%	150

Fuente: Ficha recolectora de datos

Elaborado por: I/M Cedeño Álava Karla - I/M Mera Roca Carlos

GRAFICO # 5



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 5

La relación que se estableció entre el biotipo morfológico y los hallazgos endoscópicos determinó que el biotipo más frecuente fue el normolineo con un 86 %, y la esofagitis por reflujo con el 92% relacionado con las características anatómicas que contribuyeron a que se presente la sintomatología característica por debilidad del esfínter esofágico inferior según las publicaciones de Cameron, A (2009).

TABLA N ° 6

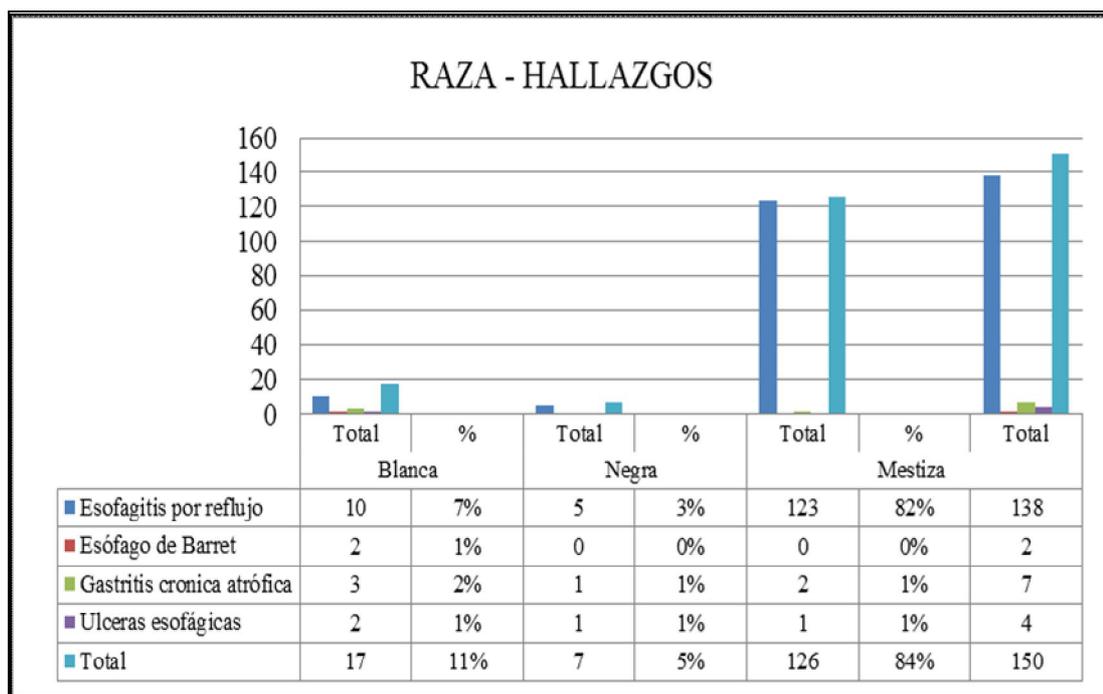
RELACION RAZA-HALLAZGO ENDOSCOPICO DE LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 - ENERO 2014.

RAZA		Blanca		Negra		Mestiza		Total
		Total	%	Total	%	Total	%	
HALLAZGO ENDOSCOPICO	Esofagitis por reflujo	10	7%	5	3%	123	82%	138
	Esófago de Barret	2	1%	0	0%	0	0%	2
	Gastritis cronica atrofica	3	2%	1	1%	2	1%	7
	Ulceras esofágicas	2	1%	1	1%	1	1%	4
	Total	17	11%	7	5%	126	84%	150

Fuente: Ficha recolectora de datos

Elaborado por: I/M Cedeño Álava Karla - I/M Mera Roca Carlos

GRAFICO # 6



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN TABLA N° 6

La relación que se estableció entre la raza que en su mayoría fue mestiza en el 84% y el hallazgo endoscópico la Esofagitis por reflujo le correspondió el mayor porcentaje con 92 % , se determinó que la raza fue un factor determinante para la aparición de esta patología , por tener su componente genético según publicaciones de Bufanda, L. (2009).

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación concluimos de la siguiente manera:

Se determinó que la población en estudio fue de 465 usuarios de los cuales 150 presentaron Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico siendo la edad mas afectada de 46 a 70 años con el 45% de los casos, de sexo femenino con el 75%, con una procedencia rural del 53%.

Los pacientes que tenían un mayor consumo de carnes ahumadas representaron el 53 % de los casos, el cual constituyo el principal factor de riesgo para la presentación de Reflujo Gastroesofágico, seguido del alcohol en 25%.

El principal hallazgo endoscópico fue la Esofagitis por Reflujo con el 92 %, seguido de la ulcera esofágica y gastritis crónica atrófica que representaron un 2% cada una.

Se generó una estrategia basada en charlas sobre la importancia de la modificación de los hábitos dietéticos-nocivos para mejorar los estilos de vida y evitar futuras lesiones pre neoplásicas.

RECOMENDACIONES

Una vez determinadas nuestras conclusiones, se recomienda lo siguiente:

A la Universidad Técnica de Manabí, en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud en su Escuela de Medicina a través de sus estudiantes promover educación mediante campañas de salud en el sector urbano y rural para disminuir la incidencia de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

A los hospitales fomentar la aplicación de medidas preventivas para reducir los factores de riesgo a los usuarios que padecen esta patología.

A los médicos generales que socialicen a diario con los usuarios la necesidad de una alimentación balanceada.

A los médicos especialista que posterior a la realización de cada endoscopia promover educación sobre las posibles complicaciones de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico que puedan alterar su pronóstico.

A los usuarios que es importante que conozcan de esta enfermedad puesto que al cambiar su conducta diaria tanto de alimentación como de sustancias dañinas mejoraran su estilo de vida evitando así futuras afecciones cancerígena.

Concientizar a los usuarios para evitar la automedicación y acudir inmediatamente a los subcentros y centro de salud para que los médicos realicen la valoración y posterior derivación a hospital de mayor complejidad.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

SOCIALIZAR A TRAVES DE CHARLAS SOBRE LAS MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA QUE AYUDAN A PREVENIR Y DISMINUIR LA INCIDENCIA DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN USUARIOS DE 18 A 70 AÑOS QUE ACUDEN AL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IEES PORTOVIEJO AÑO 2014”

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El Reflujo Gastroesofágico es una condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido gástrico provoca síntomas molestos (es decir al menos dos episodios de acidez por semana) y/o complicaciones; por lo tanto su verdadero acontecimiento es difícil de evaluar por una compleja relación patología / síntoma y depende del perfeccionamiento de los métodos y criterios diagnósticos.

El siguiente programa de charlas educativas en ciclos continuos estará dirigido para los usuarios, el personal médico y enfermeras que laboran en el Departamento de Endoscopia del Hospital IEES - Portoviejo, para que tengan el conocimiento sobre los factores de riesgo con el objetivo de disminuir la incidencia de este padecimiento, además para que brinden la información necesaria para advertir lesiones malignas, e ahí el valor de la realización de la Endoscopia Digestiva Alta en presencia de síntomas de Reflujo Gastroesofágico.

Los usuarios serán los beneficiados porque al conocer las medidas preventivas modificando ciertos estilos de vida y las causas tendrán que acudir inmediatamente a una unidad hospitalaria y de esta manera evitar las complicaciones que puedan presentarse y alterar su pronóstico.

La familia de las pacientes también serán beneficiadas al evitar los gastos elevados que representa el tratamiento de las pacientes con reflujo gastroesofágico, todo lo cual influirá positivamente en el aspecto emocional. Ya que este trabajo tiene un valor práctico, el programa preventivo que será diseñado, podrá ser utilizado en otros hospitales de la provincia.

OBJETIVOS DE LA PROPUESTA

OBJETIVO GENERAL:

Establecer un cronograma de charlas interactivas para disminuir la incidencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico modificando el estilo de vida de los usuarios atendidos en el Departamento de Endoscopia en el Hospital IESS Portoviejo año 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Cuantificar el cumplimiento del programa de charlas .

Identificar las barreras que pueden interferir en el desarrollo de la propuesta.

Evaluar con casos prácticos el grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital IESS-Portoviejo año 2014 y los beneficios de su aplicación adecuada.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

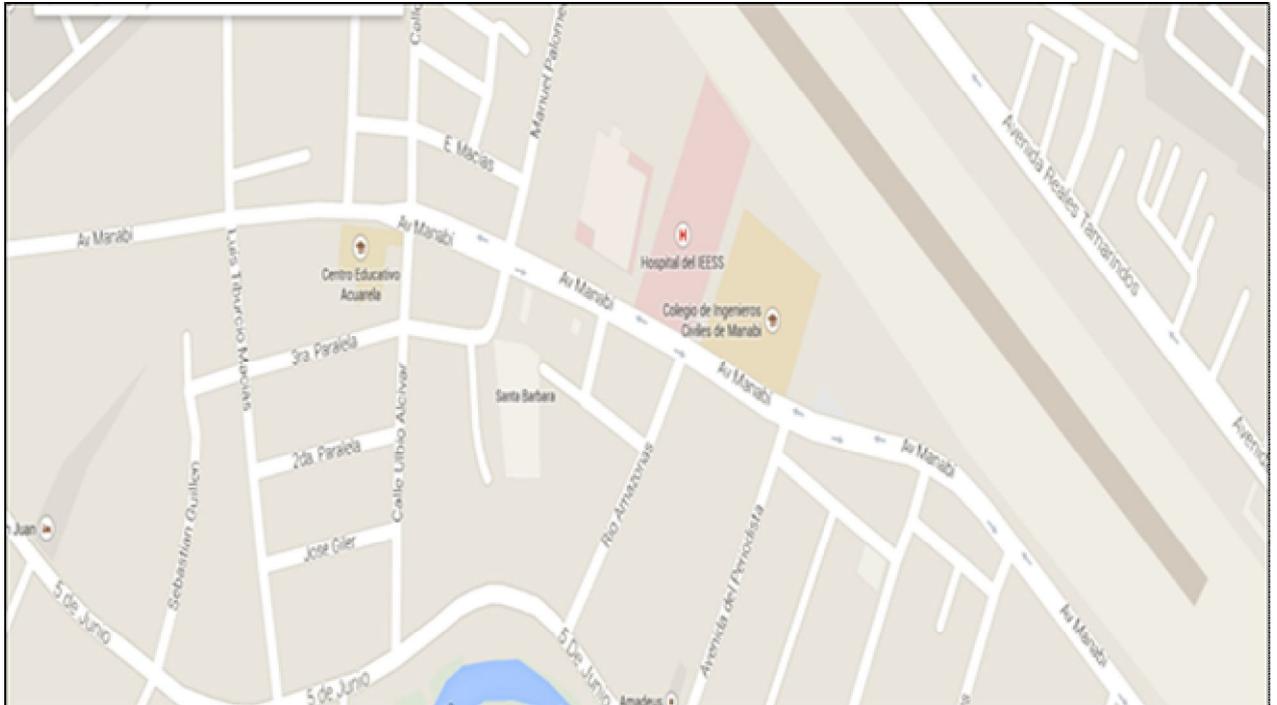
DATOS GENERALES

Institución: Hospital IESS de Portoviejo año 2014.

Fecha de Elaboración: Septiembre del 2013- Febrero 2014.

Hospital IESS de Portoviejo, los médicos, enfermeras junto a los investigadores implementaran un programa de charlas dirigidas a los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico para mejorar su calidad de vida.

UBICACIÓN GEORREFERENCIAL



Institución: Hospital IESS Portoviejo

Ubicación: Localizado en la prolongación de la Avenida Manabí y Calle Manuel Palomeque -Vía aeropuerto del cantón Portoviejo.

PRESENTACIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

Finalidad: Poner en práctica este programa es para mejorar las condiciones de salud de los usuarios mediante la ejecución de charlas educativas sobre la modificación del estilo de vida.

Orientación: Esta problemática será abordada desde nuestra posición sociocultural en donde el hombre mediante la educación recibida es copartícipe de su propia salud.

Los Contenidos: Nuestro programa constará de las características de los pacientes y de los factores de riesgo que conllevan a su aparición.

Tema 1: Modificación del estilo de vida y su influencia sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Tema 2: Dieta balanceada rica en fibra y poca en carnes ahumadas

Tema 3: Importancia de la endoscopia en el diagnóstico de complicaciones de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Metodología: En nuestro programa nos apoyaremos en el aprendizaje grupal de los médicos tratantes y enfermeras.

Criterios de Evaluación: Antes de ser aplicado el programa va a ser sometido a una crítica y discusión por otros Gastroenterólogos para que sea perfeccionado.

Durante su ejecución se analizará:

El grado de comprensión sobre las charlas impartidas en el Hospital IESS de Portoviejo y los beneficios de su aplicación adecuada.

La participación de los integrantes del Hospital IESS de Portoviejo va a ser íntegra con el cumplimiento de las actividades antes propuestas.

Luego de su ejecución se realizará:

Una autoevaluación por parte del grupo de salud en el Hospital IESS-Portoviejo en quienes se observó la responsabilidad de cada uno de los integrantes con una participación activa de los mismos implementando medidas preventivas adecuadas.

La evaluación del coordinador fue íntegra en la cual se demostró su entrega para que este programa siga ampliándose y así disminuir la incidencia de esta patología.

Evaluación del Producto Final: Este programa tendrá muchos beneficios cuando sea aplicado en los usuarios y así de esta manera tendrán un mejor estilo de vida.

OBJETIVOS TERMINALES DE LA PROPUESTA

Establecer los factores de riesgos que contribuyen a la aparición de lesiones esofágicas.

Determinar el uso de las medidas preventivas para modificar el estilo de vida.

Identificar si la impartición de charlas a los usuarios que acudieron al Departamento de Endoscopia mejoraron sus conocimientos sobre su enfermedad.

Interrelacionar criterios y experiencias impartidos en el proyecto.

INTRODUCCIÓN A CADA UNA DE LAS UNIDADES

En nuestro proyecto de educación vamos a tratar varios temas que serán de importancia para los pacientes del Hospital IESS- Portoviejo.

Entre los temas de mayor importancia serán las repercusiones clínicas y endoscópicas en los usuarios con reflujo gastroesofágico, para que puedan brindarles una mejor calidad de vida contaremos con la participación de un grupo integral de especialistas (Gastroenterólogo Clínico, Endoscopistas y los Investigadores) quienes con sus experiencias y conocimientos darán una pauta para encontrar soluciones viables y reales de esta problemática.

PROFESIONALES RESPONSABLES DE LA PROPUESTA

Gastroenterólogo Clínico

Endoscopistas

Investigadores

RECURSOS MATERIALES

Técnicos.

Computador Pentium III

Cámara Fotográfica.

Materiales de escritorio

Encuesta

Internet

Económicos.

Autogestión.

CRONOGRAMA DE LA PROPUESTA

Meses 2013 Semanas	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero(2014)				Febrero							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Planteamiento de la propuesta		x																														
Reunión de Grupo.								x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Elaboración de pasos.									x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x												
Reunión con las madres de familia	X	x	x	X	x	X	X	x	x	X	X	x	X	x	x	X	x	X	X	x	X	X	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Aplicación y desarrollo de Propuesta.																																

BIBLIOGRAFIA Y LINKOGRAFÍA

- F, M. (2009). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En Farreras-Rozman, *Medicina interna* (págs. 113-120). Madrid: Harcurt.
- Early diagnosis of columnar-lined esophagus: a new endoscopic criterion. (2009). *Gastrointest Endosc*, 413-416.
- Prevalence of Barrett's esophagus and intestinal metaplasia at the esophagogastric junction. (2009). *Barrett's esophagus* (pág. 112). New York: Gastroenterology.
- American Gastroenterological Association. (2010). Clasificación histológica de las lesiones en la esofagitis por reflujo. *Lesiones por esofagitis por reflujo* (págs. 10-20). Washington: American .
- American Gastroenterological Association. (s.f.). Clasificación.
- Arstrog D. (2009). Review article: towards consistency in the endoscopic diagnosis of Barrett's oesophagus and columnar metaplasia. *Metaplasia columnar* (págs. 40-47). Washington: Aliment pharmacol.
- Bigard.M. (2004). Esophageal complications no steroidal anti-inflammatory drugs. *Esophageal four reflujo* (págs. 58-61). Washington: Gastroenterol Clin Biol.
- Bohen.H & Prado, J. (2009). Consenso Latinoamericano basado en la evidencia sobre la enfermedad de reflujo gastroesofágico. *Enfermedad por reflujo gastroesofágico* (págs. 349-368). Washington: Gastroenterol Hepatol.
- Bufanda, L. &. (2009). Influencia del estilo de vida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Estilo de vida en el reflujo gastroesofágico* (pág. 550). Barcelona : Med clic.
- Cameron ,A. (2009). Barrett's esophagus: prevalence. *Barrett's esophagus* (pág. 112). New York: Am J Gastroenterol.

- Carlos, A. (2010). Evidencias e Incertidumbres del Uso Clínico de los Inhibidores de la Bomba de Protones. *Uso clinico de los inhibidores de la bomba de protones* (págs. 5-10). Madrid : Gastroenterol Hepatol.
- Coron, E. &. (2009). Developments in Non-erosive and Erosive Gastroesophageal Reflux Disease. *Curr Opin Gastroenterol. Erosive Gastroesophageal Reflux Disease* (págs. 399-405). New york: Gastroenterol.
- Dekel, R. &. (2009). Progression or regression of Barrett's esophagus—is it all in the eye of the beholder. *Regression of Barret s* (págs. 2612-2615). Wasghinton: Am Gastroenterol.
- Delaney, B. &. (2009). Helicobacter pylori infection. *Infection for Helicobacter pylori* (pág. 518). Wasghinton: Clin Evid.
- Diamant,N. (2009). Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease* (págs. 120-125). Wasghinton: Motility online.
- Enrique, R. y. (2009).Cuál es la Utilidad de la Impendiancometria en el Diagnostico de Reflujo. . *Enfermedades relacionadas con el acido* (págs. 709-710). Mexico: Gastroenterol Hepatol.
- ERGE, G. d. (2009). Guia practica clinica . *Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)*. (págs. 1-20). Barcelona: Asociacion española de gastroenterologia.
- Farreras-Rozman. (2012). Enfermdad por reflujo gastroesofagico. En Farreras-Rozman, *Tratado de medicina interna* (págs. 63-67). Madrid: Interamericana.
- Galmiche, J. &. (2009). Symptoms and disease severity in gastroesophageal reflux disease. *gastroesophageal reflux disease* (págs. 62-68). Londres: Scand gastroenterol.
- Gopal, D. &. (2009). Risk factors for dysplasia in patients with Barrett's esophagus . *Result from a multicenter consorttiun* (págs. 1537-1541). Londres: Dig Dis .

- Gordon, C. &. (2009). The role of the hiatal hernia in gastro-esophageal reflux disease. *Esophageal four refluxo* (pág. 719). Washington: Aliment Pharmacol Ther.
- Ho, K. &. (2009). Symptomatic gastroesophageal reflux in pregnancy: a prospective study among Singaporean women. *Symptomatic gastroesophageal reflux* (pág. 1020). Londres: Gastroenterol Hepatol.
- Jones, R. &. (2009). What do we mean by GERD. *Definition and diagnosis* (págs. 2-10). Londres: Aliment Pharmacol.
- Kahrilas, P. (2009). Anatomy and physiology of the gastroesophageal junction. *Anatomy and physiology of the gastroesophageal junction* (pág. 467). New York : Gastroenterol Clin North.
- Katzka, D. (2012). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Evidencia clinica* (págs. 425-440). Bogotá : BMJ Publishing.
- Kim, S. &. (2009). Diagnostic inconsistencies in Barrett's esophagus. Department of Veterans Affairs . *Gastroesophageal reflux study group* (págs. 945-949). New York: Gastroenterology.
- Klauser, A. &. (2009). Symptoms in gastroesophageal reflux disease. *Symptoms in gastroesophageal reflux disease*. (págs. 205-208). New York: Lancet.
- Landis, J. &. (2009). The measurement of observer agreement for categorical data. *Esophagus reflux* (págs. 159-174). Londres: Biometrics.
- Lundell, L. &. (2009). Endoscopic assessment of esophagitis. *Clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles Classification* (pág. 172). New York: Gut.
- Mann, N. &. (2009). Barrett's esophagus in patients with symptomatic reflux esophagitis. *reflux esophagitis* (págs. 1494-1496). New York: Gastroenterol.

- Maxton, D. &. (2010). Controlled trial of pyrogastrone and cimetidine in the treatment of reflux oesophagitis. . *treatment of reflux oesophagitis*. (págs. 351-354). New york: Gut.
- Mcclave, S. &. (2009). Early diagnosis of columnar-lined esophagus: a new endoscopic criterion. *Gastrinstest Endosc*, 413-416.
- Morales, F. (2009). Gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol*, 23-26.
- Murray, J. (2009). The fall and rise of the hiatal hernia. *Gastroenterology*, 1779.
- Pehl, C. &. (2010). Effect of low and high fat meals on lower esophageal sphincter motility and gastroesophageal reflux in healthy subjects. *Gastroenterology*, 1192-1196.
- Penagini, R. &. (2010). Effect of increasing the fat content but not the energy load of a meal on gastro-oesophageal reflux and lower oesophageal sphincter motor function. *Effect of increasing the fat content but not the energy load of a meal on gastro-oesophageal reflux and lower oesophageal sphincter motor function* (págs. 330-330). Londres: Gut.
- Peyre, C. y. (2009). The number of lymph nodes removed predicts survival in esophageal cancer an international study on the impact of extent of surgical resection. . *Cancer esopahageal* (págs. 549-556). New York: Ann Surg.
- Phillips, R. &. (2009). Barret`s esophagus: natural history, incidence, etiology and complications. *Gastrenterol Clin North Aam*, 791-816.
- Serag,H. (2009). Associations between diferent forms of gastroesophageal reflux disease. *Esopahgus reflux* (pág. 594). Londres: Gut.
- Vaulatd, D. (2009). Reflujo gastroesofagico. *Incidencia de reflujo gastroesfagico* (págs. 190-200). Wasghinton: Interamerica .

ANEXOS

ANEXO# 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores, le solicitamos su colaboración para que nos conteste unas preguntas; que nos permita recolectar datos sobre usted y su salud.

Este tipo de estudio se realiza para poder saber más sobre su enfermedad y así poder mejorar la calidad de vida disminuyendo factores de riesgo que pueden alterar el pronóstico.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo su médico continuará con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y haga todas las preguntas que necesite al investigador que se lo está explicando, antes de tomar una decisión.

A CONTINUACIÓN COLOQUE SUS NOMBRES COMPLETOS, FIRMA O HUELLA DIGITAL Y NUMERO DE CEDULA PARA CONTINUAR CON LA PRESENTE ENCUESTA SI ESTA USTED DE ACUERDO.

NOMBRE COMPLETOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

FIRMA:



ANEXO# 2

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS USUARIOS ENTRE 18 A 70 AÑOS
CON SINTOMATOLOGIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFAGICO PARA DETERMINAR LOS HALLAZGOS
ENDOSCOPICO EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA DEL
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 ENERO 2014.

OBJETIVO:

Determinar las características socio epidemiológica de los pacientes que se realizan endoscopia.

DATOS DE FILIACIÓN

EDAD: 17-35 años 36 - 45 años 46 -70 años

GENERO: Masculino Femenino

PROCEDENCIA: Urbana Rural

ESCOLARIDAD: Básica Secundaria Superior

RAZA: Blanca Negra Mestiza

HÁBITOS

CONSUMO DE ALIMENTOS Y OTRAS SUSTANCIAS TOXICAS

Carnes Ahumadas Alcohol Tabaco
Cafeína Drogas Medicamentos

BIOTIPO MORFOLÓGICO

Normolineo Pícnico Asténico

TIPOS DE LESIONES

Esofagitis por Reflujo Gastritis Crónica Atrófica
Esófago de Barret Ulceras Esofágicas

FOTOS

IMAGEN 1



EXPLICANDO A LOS USUÁRIOS EL CONTENIDO DE LAS ENCUESTAS (10-01-2014) HORA:

11H00 AM

IMAGEN 2



EXPLICANDO A LOS USUÁRIOS EL CONTENIDO DE LAS ENCUESTAS

(10-01-2014)

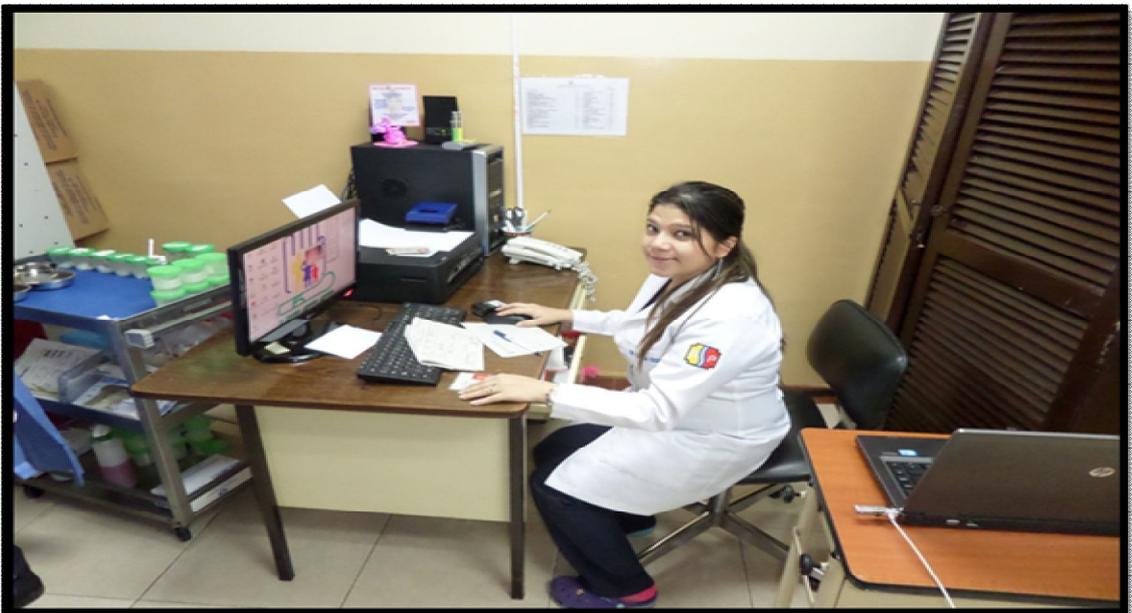
RECOLECCION DE DATOS ESTADISTICOS

IMAGEN 3



RECOLECTANDO LA INFORMACION EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA QUE SE REALIZAN LOS USUARIOS (22-11-2013)

IMAGEN 4



RECOLECTANDO LA INFORMACION EN EL DEPARTAMENTO DE ENDOSCOPIA QUE SE REALIZAN LOS USUARIOS (29-11-2013)

ENTREGA DE TRIPTICOS A LOS USUARIOS

IMAGEN 5



IMAGEN 6



IMAGEN 7



IMAGEN 8



ENTREGANDO Y EXPLICANDO LA INFORMACION QUE CONTIENE EL TRIPTICO

(21-02-2014)

IMAGEN 9



IMAGEN 10



IMAGEN 11



CON EL GASTROENTEROLOGO ENDOSCOPISTA OBSERVANDO EL PROCEDIMIENTO

IMAGEN 12



OBSERVANDO LA REALIZACION DE LA ENDOSCOPIA

IMAGEN 13



OBSERVANDO LA REALIZACION DE LA ENDOSCOPIA

CHARLA A LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE
ENDOSCOPIA

IMAGEN 14



DISERTANDO LA CHARLA A LAS USUÁRIOS (21-02-2014)

IMAGEN 15



DISERTANDO LA CHARLA A LAS USUÁRIOS (21-02-2014)

IMAGEN 16



DISERTANDO LA CHARLA A LAS USUÁRIOS (21-02-2014)

IMAGEN 17



DISERTANDO LA CHARLA A LAS USUÁRIOS (21-02-2014)

FINALIZACION DE LA CHARLA

IMAGEN 18



FORO DE PREGUNTAS POR PARTE DE LOS USUARIOS

IMAGEN 19



FORO DE PREGUNTAS POR PARTE DE LOS USUARIOS

LISTA DE ASISTENCIA DE LOS USUARIOS QUE ASISTIERON A LAS CHARLAS

LISTA DE ASISTENCIA DE LOS USUARIOS QUE ACUDEN A LA CHARLA
IMPARTIDA POR LOS INVESTIGADORES (FUERA DEL AREA DE
ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO)

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA DE IDENTIDAD	FIRMA
CAEUSI JEREMIAS POVEDA PILO	130174957-6	
Lucy Alexandra Chavez Pujos	130489471-8	
Mercedes Gloria Menaiza	130903629-1	
Maria Auxiliadora Holme	130877813-1	
Alcides de Garcia Delgado	1302325483	
Alexandra Ahumada	1308128097	
Mercedes Lidia Castro	1301404750	
Carlos Eusebio Suarez	1308243433	
Ines Suarez Bravo	1304759572	
Triguera Rodriguez Luchin	130202796-4	
Karen Cedeño Velez	1311764110	
Ramón Antonio Quijije	1302800569	
Abra Cristina Veliz Ibarra	080102453-0	
Vergilia Zamboni Velez	1300711718	
Maria Laura Padas Somoza	1311911109	
Anelka Mendoza Ubeta	131782245	

en su rutina antes de irse a dormir también puede ayudar.

Evite fármacos como el ácido acetilsalicílico (*aspirin*), ibuprofeno (Advil, Motrin) o naproxeno (Aleve, Naprosyn). Tome paracetamol (Tylenol) para aliviar el dolor. Tome sus medicamentos con bastante agua.

Otros fármacos de venta libre y de venta con receta pueden tratar la ERGE. Éstos obran más lentamente que los antiácidos pero le brindan alivio más prolongado. El farmacéuta, el médico o la enfermera le pueden decir cómo los debe tomar.

- Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) disminuyen la cantidad de ácido producida en el estómago.
- Los bloqueadores (antagonistas) de H₂ disminuyen la cantidad de ácido liberada en el estómago



Pronóstico

La mayoría de las personas responde a los cambios en el estilo de vida y medicamentos. Sin embargo, muchos

pacientes necesitan seguir tomando fármacos para controlar sus síntomas.

Posibles complicaciones

- Asma
- Esófago de Barret (un cambio en el revestimiento del esófago que puede aumentar el riesgo de cáncer)
- Broncoespasmo (irritación y espasmo resultante de las vías respiratorias debido al ácido)
- Tos o ronquera crónicas
- Úlcera esofágica
- Estenosis (un estrechamiento del esófago debido a cicatrización)

Cuándo contactar a un profesional médico

Consulte con el médico si los síntomas empeoran o no mejoran con cambios en el estilo de vida o medicamentos.



Llame por cualquiera de los siguientes síntomas:

- Sangrado
- Ahogamiento (tos, dificultad para respirar)
- Sentirse lleno rápidamente al comer
- Vómitos frecuentes
- Ronquera Problemas para deglutir (disfagia) o dolor con la deglución (odinofagia)
- Pérdida de peso

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE)



AUTORES: I/M KARLA CEDEÑO ALAVA
I/M CARLOS LUIS MERA ROCA

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Es una afección en los contenidos estomacales (alimento o líquido) se devuelven desde el estómago hacia el esófago, el conducto que va desde la boca hasta el estómago. Esta acción puede irritar el esófago, causando acidez y otros síntomas.



Causas

Entre los factores de riesgo para el desarrollo del reflujo están:

- Alcohol (posiblemente)
- Hernia de hiato (una afección en la cual parte del estómago pasa por encima del diafragma, el músculo que separa el tórax de la cavidad abdominal)
- Obesidad
- Embarazo
- Esclerodermia
- Tabaquismo



La acidez gástrica y el reflujo gastroesofágico se pueden producir o empeorar por el embarazo y por muchos diversos medicamentos. Tales fármacos abarcan:

- Anticolinérgicos (por ejemplo, para el mareo)
- Betabloqueadores para la hipertensión arterial o la cardiopatía
- Broncodilatadores para el asma
- Bloqueadores de los canales del calcio para la hipertensión arterial
- Fármacos dopaminérgicos para el mal de Parkinson
- Progestágeno para el sangrado menstrual anormal o el control natal
- Sedantes para el insomnio o la ansiedad
- Antidepresivos tricíclicos



Si usted sospecha que uno de los medicamentos le puede estar causando acidez gástrica, hable con el médico. Nunca cambie ni suspenda un medicamento que usted tome regularmente sin hablar con el médico.

Síntomas

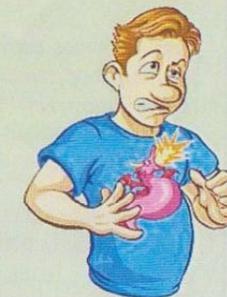
Los síntomas más comunes son:

- Sentir que el alimento se atora por detrás del esternón.
- Acidez gástrica o dolor urente en el pecho (bajo el esternón) que:
 - aumenta al agacharse, inclinar el cuerpo, acostarse o comer;
 - es más probable o peor en la noche;

- se alivia con antiácidos.
- Náuseas después de comer.

Los síntomas menos comunes son:

- Devolver el alimento (regurgitación)
- Tos o sibilancias
- Dificultad para deglutir
- Hipo
- Ronquera o cambios de voz
- Dolor de garganta



Pruebas y exámenes

Tal vez no se necesite ningún examen si los síntomas no son graves.:

- A menudo se emplea una **esofagogastroduodenoscopia (EGD)** para encontrar la causa y examinar el esófago (tubo de la deglución) en busca de daño. El médico introduce una sonda delgada con una cámara en el extremo a través de la boca. **Esofagografía**
- **Monitoreo del pH esofágico continuo**
- **Manometría esofágica.**

Tratamiento

Usted puede hacer muchos cambios en el estilo de vida para ayudar a tratar sus síntomas. Evite alimentos que le causen problemas. Hacer cambios

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Meses 2013 Semanas	gosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero(2014)				Febrero			
	1	2	3	4	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	X																											
Aprobación del proyecto		X																										
Primera reunión con el Tribunal de tesis				X																								
Revisión del proyecto				X																								
Modificación del Tema					X	X																						
Segunda reunión con el Tribunal de tesis												X																
Revisión de la Justificación												X																
Revisión de Objetivos												X																
Revisión de Planteamiento																												
Tercera reunión con el Tribunal de tesis																X												
Revisión de Marco Teórico y Referencial																X												
Diseño Metodológico y Operacionalización de variables															X	X												
Recolección de datos																X	X	X		X								
Cuarta reunión con Tribunal de tesis																				X								
Elaboración de cuestionario																				X								

Meses 2013 Semanas	Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero(2014)				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Quinta reunión con el Tribunal de tesis																							X					
Tabulaciones y análisis																					X	X	X					
Conclusiones y Recomendaciones																												
Sexta reunión con el Tribunal de tesis																										X		
Revisión de la Propuesta																										X		
Elaboración de la Introducción																											X	
Presentación de la tesis																												X