

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO
EXTERNO DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS N. SÁENZ EN EL AÑO
2018.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**PRESENTADO POR LA BACHILLER EN MEDICINA HUMANA
SANDRA FIORELLA ROJAS LLACCTAS**

Dra. Sonia Indacochea Caceda
ASESORA DE TESIS

LIMA-PERÚ
2020

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiar mi camino.

Un agradecimiento especial para mi familia por ser mi motivación y aconsejarme siempre, a mis amigos cercanos por la comprensión y el ánimo recibido a lo largo de todo este tiempo.

Agradezco a mis asesores por guiar el desarrollo de este trabajo.

Gracias a mi alma mater por todo lo aprendido.

DEDICATORIA

Quiero expresar el infinito amor que tengo hacia mi madre Sergia Llacctas Rios por su apoyo incondicional. A mi padre Cesar Rojas Quico y a mi hermano Cesar Rojas Llacctas por la motivación que me dan para salir adelante y dar lo mejor de mí.

A mi compañero de clases por la fuerza transmitida en los momentos difíciles y por las ganas de seguir mejorando día a día.

A mi mejor amiga por su lealtad y cariño.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS: Es un trabajo de investigación de tipo observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles. La información fue obtenida a través de las historias clínicas de los pacientes y recolectada en una ficha de datos diseñada a partir de los objetivos. La muestra estuvo conformada por 183 pacientes, 61 casos y 122 controles, dichos pacientes fueron atendidos en consultorio externo del servicio de Gastroenterología durante el año 2018. Se procesaron y se analizaron los datos en Microsoft Excel 2010 y el programa estadístico SPSS IBM versión 25.

RESULTADOS: La mayoría de los pacientes pertenecieron al grupo etario 50.29 años y (39.7%) eran del sexo femenino. Respecto a los factores demográficos, se tuvo con un nivel de significancia del 95%, el único que tenía asociación estadísticamente significativa fue la variable sexo (ORa: 2.28; IC 95% 1.03-5.01; $p < 0.05$). Respecto a los hábitos nocivos, se obtuvo con un nivel de significancia del 95%, la variable consumo de tabaco tenía asociación estadísticamente significativa (ORa: 2.90; IC 95%: 1.19-7.04; $p < 0.05$) y la variable consumo de alcohol también tenía asociación estadísticamente significativa (ORa: 3.08; IC 95%: 1.28-7.38; $p < 0.05$). Además se obtuvo con un nivel de significancia del 95%, que la variable sobrepeso/obesidad presentó significancia estadística (ORa: 2.77; IC 95%: 1.31-5.86; $p < 0.05$) y con respecto al consumo de antiinflamatorios no esteroideos, se obtuvo con un nivel de significancia del 95%, que la variable presentó asociación estadísticamente significativa (ORa: 7.90; IC 95%: 3.29-18.94; $p < 0.05$).

CONCLUSIÓN: Se determinó que los factores asociados significativamente para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en

consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” fueron el sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso/obesidad y consumo de antiinflamatorios no esteroideos.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, obesidad. (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the risk factors for acquiring Gastroesophageal Reflux Disease in patients treated in an outpatient office of the Gastroenterology Service of the Central Hospital of the National Police of Peru "Luis N. Sáenz" in 2018.

MATERIALS AND METHODS: It is an observational, analytical, retrospective, case-control research work. The information was obtained through the patients' medical records and collected in a data sheet designed based on the objectives. The sample consisted of 183 patients, 61 cases and 122 controls, these patients were treated in an outpatient office of the Gastroenterology service during 2018. The data was processed and analyzed in Microsoft Excel 2010 and the statistical program SPSS IBM version 25.

RESULTS: The majority of patients belonged to the age group 50.29 years and (39.7%) were female. Regarding the demographic factors, there was a level of significance of 95%, the only one that had a statistically significant association was the sex variable (ORa: 2.28; 95% CI 1.03-5.01; $p < 0.05$). Regarding harmful habits, it was obtained with a level of significance of 95%, the tobacco consumption variable had a statistically significant association (ORa: 2.90; 95% CI: 1.19-7.04; $p < 0.05$) and the alcohol consumption variable also had a statistically significant association (ORa: 3.08; 95% CI: 1.28-7.38; $p < 0.05$). It was also obtained with a level of significance of 95%, that the variable overweight / obesity presented statistical significance (ORa: 2.77; 95% CI: 1.31-5.86; $p < 0.05$) and with respect to the consumption of non-steroidal anti-inflammatory drugs, it was obtained With a level of significance of 95%, the variable presented a statistically significant association (ORa: 7.90; 95% CI: 3.29-18.94; $p < 0.05$).

CONCLUSIONS: It was determined that the factors significantly associated to acquire gastroesophageal reflux disease in patients treated in an outpatient office of the Gastroenterology Service of the Central Hospital of the National Police of Peru

"Luis N. Sáenz" were sex, tobacco consumption, alcohol consumption, overweight / obesity and consumption of nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

KEYWORDS: Risk factors, Gastroesophageal Reflux Disease, Obesity (Source: MeSH MEDLINE)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es uno de los más frecuentes motivos de consulta en atención primaria, así también en el ámbito de la gastroenterología.⁽¹⁾ La ERGE ha demostrado ser un problema en la salud pública y tener una alta prevalencia a nivel mundial.⁽²⁾

La prevalencia es alta a nivel mundial, los adultos tienen un 30% - 35% de padecer ERGE.^(1,2) En las últimas décadas se ha evidenciado el aumento de su incidencia.⁽⁵⁾ En occidente es del 10-20%, y en Latinoamérica según reportes de Argentina, Brasil y México es de 11,9% a 31,3%.⁽⁵⁾ En el Perú, según un estudio realizado en Chiclayo la prevalencia fue de 26,51%.⁽²⁾

La ERGE está relacionada a factores como consumo de antiinflamatorios no esteroideos, alcohol, tabaco y obesidad que aumentan su incidencia y que son modificables.⁽⁴⁾

Se define como los síntomas y/o lesiones a nivel esofágico por el paso del contenido del estómago al esófago. El reflujo gastroesofágico (RGE) es un proceso fisiológico sucediendo en todas las personas alguna vez, sin que genere clínica ni ocurra daños.⁽³⁾ Su cuadro clínico característico es pirosis y regurgitación, y/o daño fisiológico del tubo digestivo alto, afectando así la calidad de vida y al bienestar en la población, además de generar un alto costo para el sector salud.⁽⁴⁾ La frecuencia de regurgitación y pirosis en Lima y Callao fue de 44.8% y 35.2% respectivamente.⁽¹⁾ Hay pacientes que presentan síntomas atípicos haciendo el diagnóstico más complejo.⁽⁴⁾

Mediante este estudio de investigación, se incide en el conocimiento de los factores de riesgo por parte de la población y del personal de salud, para así disminuir la morbimortalidad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Perú.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA.....	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	12
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	13
1.5 DELIMITACIÓN	14
1.6 VIABILIDAD	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	15
2.2 BASES TEÓRICAS	22
2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	31
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	33
3.1 DISEÑO DE ESTUDIO	33
3.2 POBLACIÓN.....	33
3.3 MUESTRA	34
3.4 VARIABLES DE ESTUDIO	37

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	38
3.6 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.8 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	39
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
4.1 RESULTADOS	40
4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	45
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	58

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El reflujo gastroesofágico (RGE) es un proceso fisiológico que tiene por concepto el paso espontáneo del contenido del estómago al esófago, con mayor frecuencia es asintomático. Sin embargo, puede presentarse como una patología y generar la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es decir cuando hay consecuencias que inciden en la calidad de vida o causen complicaciones.^(6,7)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico presenta alta prevalencia en el mundo.⁽²⁾ Occidente tiene una prevalencia de 10-20%, y en Latinoamérica de 11,9% a 31,3%.⁽⁵⁾ En el Perú, según un estudio realizado la prevalencia es de 26,51%.⁽²⁾

Los factores de riesgos para adquirir esta patología son edad, sexo, embarazo, alcohol, tabaco, comidas grasosas, agrias y dulces, fármacos: antiinflamatorios no esteroideos, benzodiazepinas, antagonistas de canales de calcio, xantinas, anticolinérgicos y patologías asociadas como hernia hiatal y obesidad. (8,9)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se califica por síntomas y/o lesiones a nivel orgánico que dañan el esófago pero también otros órganos, por lo que puede generar síntomas extraesofágicos, como el asma, tos y laringitis crónica.^(5,6) El cuadro clínico típico son pirosis con regurgitación.⁽⁵⁾ La ERGE tiene diversas complicaciones como la estenosis esofágica, esofagitis erosiva y esófago de Barret. Siendo esta última la única complicación con riesgo de malignidad y conllevar a cáncer de esófago.⁽⁵⁾ Además, tiene un comportamiento similar a una enfermedad de periodo crónico laboral, con propensión al ausentismo y así mismo disminuir el rendimiento en el área de trabajo.⁽¹⁰⁾

Por todo lo mencionado se quiere saber los factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en nuestro medio, para poder plantear estrategias, fortalecer la prevención y mejorar el estilo de vida.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existen factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018?

1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo se diseñó según las prioridades nacionales de investigación de salud en el Perú 2019-2023, perteneciendo al área de salud pública, al conocer los factores de riesgo para adquirir esta patología se podrá formular estrategias para prevenir y evitar las complicaciones de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y así mejorar la calidad de vida de los pacientes, generar un menor gasto para la salud pública.

1.4 OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar los factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

ESPECÍFICO

- Estimar si la edad es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Estimar si el sexo es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Evaluar si el consumo de tabaco es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Evaluar si el consumo de alcohol es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Determinar si el sobrepeso/obesidad es factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Demostrar si el consumo de AINES es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La investigación se realizó por la imperiosa necesidad de poder saber cuáles son los factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico ya que es una patología frecuente, prevenible, en muchos casos subdiagnosticada; además en las últimas años se ha visto el aumento de su incidencia, progresión a metaplasia, displasia y cáncer de esófago, así como el incremento de gasto en el sector salud.⁽²⁾

Los factores de riesgos que causan ERGE son relevantes en la patogenia de la misma, además algunos factores son agravantes y aceleran la historia natural de la enfermedad.

El presente trabajo es imprescindible, ya que hay pocos estudios similares, sobre todo a nivel nacional; además nos permitirá conocer los elementos causales más

frecuentes y nocivos de esta patología en pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Los resultados nos permiten intervenir en la prevención de la enfermedad y en las complicaciones como el adenocarcinoma de esófago y de tal manera disminuir la morbimortalidad de los pacientes. Además, de ser beneficioso a la población en general, dicha investigación contribuye en bajar la incidencia de la enfermedad en el Perú; así como el conocimiento de la misma a la población, siendo fundamental la educación del paciente desde una vista preventiva y promocional.

1.5 DELIMITACIÓN

Pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

1.6 VIABILIDAD

Fue posible realizarlo porque se dispusieron de las historias clínicas de los pacientes que fueron atendidos en consultorio externo y de los datos estadísticos del hospital.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Fajardo E, et al. ⁽¹⁰⁾ estudiaron la prevalencia de los factores asociados al ERGE en funcionarios en Colombia en el año 2017. Fue un estudio tipo observacional, descriptivo correlacional donde participaron 171 funcionarios seleccionados por muestreo aleatorio estratificado, se utilizó un formulario de preguntas dividido en tres partes, los resultados mostraron que 100 personas (58.5%) fueron del sexo femenino, la media de la edad era de 42,5 años, 167 personas (97,7%) procedían de área urbana, 68 personas se incluían en el estrato 2 (39,9%) y 101 personas tuvieron pareja (59%). El antecedente de tabaquismo fue de 16.4% y 99 personas (57,9%) tenían un IMC \geq 25 kg/m². La prevalencia de ERGE según el cuestionario GerdQ (\geq 8 puntos) fue de 42 personas (24,6%). Se concluye que el ERGE se asoció significativamente con el IMC que indicaba sobrepeso/obesidad (OR: 2, 58) y con el antecedente de tabaquismo (OR: 2, 188).

Albuja C. ⁽¹¹⁾ investigó la clínica y los factores de riesgo asociados a ERGE en el 2016; se realizó un estudio con las personas de 40 a 50 años atendidos en el servicio de gastroenterología en un hospital en Ecuador, a través de la aplicación de encuestas a un grupo de 54 pacientes que presentaban síntomas característicos de ERGE. Se obtuvieron los siguientes resultados: 48% fueron hombres y el 52% fueron mujeres. El 35% consumen más de 3 tazas por día de café. El 17% consume alcohol más de 7 vasos a la semana. El 67% consume más de 6 cigarrillos individuales al día .La ingesta de más de 3 veces por semana de alimentos con chocolate fue de 24%. La ingesta de más 3 veces a la semana de alimentos con grasa fue del 83% de los

encuestados. Ingesta de más de 3 veces por semana de alimentos o productos con cítricos fue de 31% .El 57%, adopta posición decúbito dorsal después del consumo de alimentos o en las 3 primeras horas sienten molestias. El 41% presenta relación de parentesco. Concluyen que el ERGE tiene mayor predominio en el sexo femenino y los principales factores de riesgo asociados son: consumo de cigarrillos, de grasas por más de tres veces a la semana y la posición decúbito post ingesta.

Páramo D, et al. ⁽¹²⁾ ejecutaron una investigación en el año 2016, tipo transversal mediante una encuesta en base al cuestionario GERDQ, a una población de 6842 personas. Con el fin de hallar la prevalencia de la clínica de ERGE en adultos y los factores asociados en 4 ciudades de Colombia mediante el uso del cuestionario GERDQ y analizar la asociación del factor sociodemográfico y antropométrico con la enfermedad. Los resultados obtenidos fueron una prevalencia de síntomas de reflujo del 11,98% (IC 95%: 11,05-12,97), parecida a la obtenida en los otros países de Latinoamérica. Barranquilla presentó la frecuencia más alta de 16,22% y Bogotá, la más baja con 10,75%. Dentro de los factores asociados epigastralgia y regurgitación fueron los de mayor porcentaje con 16,9% y 16,67% respectivamente, además de pirosis con 13,6%, náuseas con 11,4% y dificultad para poder dormir por tener pirosis o regurgitación con 8,17%.

Serrano Y, et al. ⁽¹³⁾ realizaron una investigación en Cuba en el año 2014 tipo transversal en 240 pacientes diagnosticados con ERGE atendidos en consulta externa de gastroenterología del hospital Carlos Manuel de Céspedes, con el objetivo de conocer sus características sociodemográficas, hábitos tóxicos y factores antropométricos. La edad media era 36,5 años, el 58,3% eran mujeres, el 47,9% fumaban, el 52,9% consumían alcohol, el IMC medio fue de 28,6±4,8 Kg/m² y la circunferencia abdominal de 98,3±14,6 cm.

La hernia hiatal se presentó en el 49,5% de los casos. Además se obtuvo que el 52,1 % de los pacientes tenían alguna lesión de la mucosa según endoscopia, mayores en los bebedores y fumadores. Concluyen que la ERGE tiene mayor prevalencia en fumadores, bebedores habituales y en los obesos, además que en sujetos con ERGE y que tienen hernia hiatal, la relajación del EEI secundaria a la deglución es causante del 50% de los cuadros de reflujo.

Ciriza C, et al. ⁽¹⁴⁾ en Madrid en el año 2014, realizaron una investigación tipo transversal, observacional en el Servicio de Gastroenterología del hospital Universitario 12 de Octubre con el fin de determinar los factores de riesgo relacionados a la disrupción de la unión gastroesofágica (UGE) en pacientes que tenían clínica de reflujo gastroesofágico (RGE). Se evaluaron 115 pacientes con cuadro clínico de RGE, con manometría de alta resolución y fueron clasificados según el tipo de UGE (I: normal, II: deslizamiento, III: hernia de hiato). Se evaluaron aspectos epidemiológicos, parámetros manométricos y resultados de pH-metría. El IMC, edad y perímetro abdominal fueron factores independientes de riesgo para adquirir UGE III. Se concluye que la obesidad y la edad son factores implicados para adquirir hernia de hiato; tener sobrepeso y obesidad central y mayor edad son factores independientes de riesgo para adquirir disrupción de la UGE y los diversos grados de la misma, especialmente la hernia de hiato, que se asocia con RGE.

Salís G. ⁽⁶⁾ incluyó 8 estudios poblacionales para hacer una revisión sistemática de Latinoamérica en el 2011. Se identificaron en 3 bases de datos (Embase, PubMed, y SciELO), 3 en PubMed y Embase, 1 en PubMed y 1 en Embase. De los 8 estudios identificados, 1 fue de Argentina, 5 de Brasil y 2 de México, Los 8 estudios concluyeron que la prevalencia de pirosis y/o

regurgitación fue del 10 al 20%. La prevalencia de ERGE fue de 11,9 al 31,3%, la esofagitis por reflujo tuvo una prevalencia de 35% en el estudio de Argentina y 47% en el estudio de Brasil.

Zou D, et al. ⁽¹⁵⁾ realizaron un estudio endoscópico en China en el año 2011, en 3600 personas en donde observaron que la prevalencia de esofagitis por reflujo fue de 6,4%; donde el 1.8% tenía endoscopia sospechosa de metaplasia esofágica y el 0.7% hernia hiatal. Concluyendo así una baja prevalencia de esofagitis por reflujo en comparación a los países occidentales.

Ruigómez A, et al. ⁽¹⁶⁾ en el 2009 realizaron en Reino Unido una investigación tipo cohorte en un hospital incluyendo a pacientes de 20 a 79 años con dolor torácico, este estudio observó la asociación entre el dolor torácico y la ERGE, tanto en pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica como en pacientes sin dicho antecedente. Concluyendo que los pacientes con dolor torácico suelen tener historia de Enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga data.

Olmos J, et al. ⁽⁵⁾ en su investigación de hallazgos endoscópicos en pacientes con síntomas de ERGE en Argentina en el 2009, incluyeron a 397 personas de 18 a 65 años de edad con clínica típica de ERGE al menos 2 días por semana, estos fueron sometidos a endoscopia gastrointestinal. Los resultados mostraron que la prevalencia de esofagitis por reflujo fue de 35% y más alta en las mujeres. Además las variables clínicas asociadas con lesión esofágica grave fueron los síntomas de reflujo nocturno y un IMC mayor al valor de 25 kg/m². Concluyendo que los que presentan un IMC mayor de 25 kg/m² tenían más probabilidades de sufrir esofagitis por reflujo severo que aquellos que tenían un IMC menor.

Havemann B, et al. ⁽¹⁷⁾ estudiaron mediante una revisión sistemática la asociación entre ERGE y el asma en Texas en el 2007, según la literatura revisada sistemáticamente, se mostró una prevalencia promedio de asma de 4,6% en pacientes con ERGE, en comparación con el 3,9% de las personas sin ERGE.

Chiocca J, et al. ⁽¹⁸⁾ realizaron una investigación en Argentina en el 2005, estudiaron la prevalencia, la clínica típica y atípica de ERGE mediante una encuesta a 1000 personas entre 18 a 80 años residentes en dicho país, los resultados mostraron que la prevalencia de cualquier síntoma de reflujo gastroesofágico era de 61.2%, la prevalencia de síntomas frecuentes era de 23.0% y la prevalencia de la ERGE fue de 11.9%. Los síntomas frecuentes de reflujo gastroesofágico se asociaron con disfagia, globo y dolor torácico no cardíaco. Además se observó que los síntomas de reflujo eran más frecuentes en las personas obesas con 30%, en comparación con el 16% de las personas de un IMC inferior a 30 kg/m. Se concluyó en Argentina que los síntomas típicos de reflujo gastroesofágico eran muy frecuentes a nivel nacional.

ANTECEDENTES NACIONALES

Burgos M. ⁽¹⁹⁾ investigó si la obesidad era un factor que se asociaba a esofagitis por reflujo gastroesofágico en Trujillo en el 2016 mediante un estudio tipo observacional y analítico, en donde se obtuvieron resultados de endoscopia digestiva alta en aquellos pacientes atendidos por consultorio externo durante el periodo 2013-2015, la muestra fue de 138 pacientes. Los resultados fueron que la obesidad se asocia con esofagitis por ERGE (OR: 5.89, IC: 95%, P<0.01), la frecuencia de obesidad en aquellos con ERGE fue de 45%. Además no se observaron diferencias significativas con la edad,

sexo y procedencia. Se concluye que la obesidad es un factor asociado para esofagitis por reflujo gastroesofágico.

Turin C, et al. ⁽²⁾ realizaron una investigación sobre la prevalencia de trastornos digestivos funcionales (TDF) y ERGE en pacientes que tenían dispepsia que fueron al Hospital Nacional Cayetano Heredia en el 2014, fue un estudio descriptivo, recolectaron los resultados de endoscopias de TDF y ERGE en 110 pacientes que acudieron a gastroenterología. Los resultados mostraron predominio del sexo femenino con 70,9% y edad media de 49,4 años. El 76,4% de los pacientes presentaron algún tipo de TDF, la dispepsia funcional fue la más común con 71,8%, trastorno por eructos con 57,3%, trastorno por náuseas y vómitos con 27,3% y el síndrome de intestino irritable (SII) con 18,2%. El 82,7% presentaron ERGE, el síntoma más frecuente fue regurgitación con 80%. En las endoscopias se observaron que presentaban lesión estructural un 22,7%. Concluyendo que existe una mayor frecuencia de ERGE, trastorno por náuseas y vómitos, trastorno por eructos, y SII en los pacientes de dicho hospital.

Chávez R, et al. ⁽²⁰⁾ hicieron un estudio tipo descriptivo, transversal y prospectivo en los estudiantes de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo en Lambayeque en el año 2012, con el objetivo de saber la frecuencia y las características epidemiológicas de ERGE en los alumnos que cursaban el segundo semestre de dicha universidad, se obtuvieron como resultados que la prevalencia era de 40%; a predominio del sexo femenino con 24,6%. El síntoma con mayor frecuencia fue la regurgitación con 47,6%, luego la disfagia con 35,4%, disfonía matinal con 14,6% y pirosis con 18,4%.

Cubas B, et al. ⁽¹⁾ hicieron una investigación descriptiva y transversal a una población de 347 personas, a través del uso de cuestionarios. El objetivo planteado fue hallar la prevalencia de ERGE en los adultos del distrito de Chiclayo en el 2010 y como repercutía en la calidad de vida. Los resultados mostraron una prevalencia del 26,51%, a predominio de sexo femenino con 64,13%. El cuadro clínico en aquellos con ERGE fueron: dolor torácico con 20,37%, regurgitación con 19,31% y tos nocturna con 17,99%. Por lo que se encontró relación ERGE y calidad de vida en la población de Chiclayo, en los aspectos de vitalidad y en la función social.

Castelo V, et al. ⁽²¹⁾ realizaron un estudio en Cusco en el 2003 de tipo casos y controles, con el fin de conocer la clínica y epidemiología, además de saber los factores de riesgo relacionados al reflujo gastroesofágico en la unidad de gastroenterología, donde se incluyeron a 645 personas con endoscopia gastrointestinal superior, encontrándose una prevalencia de esofagitis por reflujo de 13% , el sexo masculino tuvo mayor predominio con 65% y la edad promedio fue de 51 años; El principal síntoma era la dispepsia con 84,18%, seguido de pirosis con un 44% y regurgitación con un 30%; y los síntomas extradigestivos resultaron infrecuentes con un 9%. Los factores de riesgo con asociación estadísticamente significativa a la enfermedad por reflujo gastroesofágico fueron el consumo de AINES (OR: 19,36 IC: 2,65-396,73), consumo de café (OR: 4,39 IC: 1,72-11,65) y presentar obesidad (OR: 2,60 IC: 2,60-6,78).

2.2 BASES TEÓRICAS

DEFINICIÓN

La ERGE es una enfermedad crónica que repercute la calidad de vida de las personas, y tiene una amplia y heterogénea expresión clínica. Los síntomas pueden ser característicos o no y pueden existir lesiones esofágicas asintomáticas en menor proporción, además se pueden presentar complicaciones como manifestaciones iniciales sobre todo en ancianos.⁽⁹⁾ Estas manifestaciones clínicas pueden ser esofágicas y extraesofágicas.⁽²²⁾

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de ERGE es alta a nivel mundial, en la población adulta se presenta en un 30% - 35%.^(1,2) En Norteamérica es del 19,8% - 20% y en Europa del 9,8% - 18%.⁽⁶⁾ En Latinoamérica, la prevalencia fue de 11,9% a 31,3% según reportes de Argentina, Brasil y México.⁽¹²⁾ A nivel nacional, la prevalencia estudiada de ERGE en Chiclayo fue de 26,51%.⁽⁸⁾ La frecuencia de regurgitación y pirosis en Lima y Callao fue de 44.8% y 35.2% respectivamente.⁽¹⁾ En las últimas décadas se ha evidenciado el aumento de su incidencia.⁽⁵⁾ La ERGE ha demostrado ser un problema en la salud pública y tener una alta prevalencia a nivel mundial.⁽²⁾

ETIOLOGÍA

El ascenso de la pepsina y el ácido del estómago al tracto esofágico es el punto crucial en la patogénesis de la ERGE. En situaciones no patológicas la barrera antireflujo evita el ascenso y su disfunción lo facilita, existen algunas condiciones que favorecen a la presencia de este síntoma, como hernia hiatal, presión baja del EEI, decúbito supino y posiciones que incrementan la presión intraabdominal.⁽²³⁾

Es probablemente multifactorial su origen, pero en mayor importancia debido a la duración y cantidad de un pH muy ácido en el tracto esofágico, así como por contracciones sostenidas de la capa longitudinal muscular y los espasmos esofágicos secundarios. Espontáneamente pueden remitir en minutos a horas.^(9,22)



Figura 1. Equilibrio entre factores defensivos y factores agresivos a nivel de la mucosa esofágica.

FUENTE: Arín A, Iglesias MR. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. An Sist Sanit Navar. agosto de 2003;26(2):251-68.

FACTORES PATOGENICOS

El embarazo, la tos, el aumento de peso y las prendas apretadas en el abdomen (cinturones, fajas, licras) producen aumento de la presión abdominal, lo cual favorece la formación del RGE al aumentar la presión gástrica y superar la barrera del EEI.^(6,12,21) Además esta patología es más predominante en adultos mayores.⁽⁶⁾

Sobrepeso y obesidad son los factores de riesgo que están en relación directa con el perímetro abdominal e incremento del índice de masa corporal. Uno de los mecanismos más conocidos por el cual producen ERGE es el mecánico (aumento de presión intragástrica), pero existen otros mecanismos involucrados como los hormonales y pro inflamatorios que son mediados por

el tejido graso abdominal.⁽⁹⁾ La obesidad además de ser un factor de riesgo de la ERGE también incrementa las complicaciones esofágicas de esta.⁽⁶⁾

La edad y el sexo no son factores de riesgos para la formación de ERGE, sin embargo la esofagitis por reflujo es más común en varones y en adultos mayores.⁽⁹⁾

Se describe un factor genético ya que se observó que esta enfermedad era más frecuente en familiares de los pacientes.⁽⁹⁾

También se considera un factor de riesgo, la posición corporal en decúbito dorsal, momento después del consumo de alimentos o durante las 3 horas después de ello o en posición de ante flexión, ya que estos facilitan el RGE y dificultan el proceso de aclaramiento esofágico.⁽⁹⁾

Los factores dietéticos, con ingesta de 3 veces o más por semana de comida que contengan grasa, chocolate, té, café, ají, menta, pimienta y cítricos, predisponen al desarrollo de la ERGE.^(1, 6, 19)

El alcohol, especialmente cuando se consume más de 7 vasos por cada semana; disminuye la potencia y presión del EEI, lo cual favorece el ascenso del contenido gástrico al esófago, y esta es la principal causante del RGE.^(6, 14, 19)

El humo del tabaco puede desarrollar ERGE, debido a que sus componentes aceleran la obtención de ácido gástrico y estimula la relajación del EEI. Sobre todo cuando se consume más de 6 cigarrillos individuales al día.^(11,17)

Consumo de medicamentos como benzodiazepinas, antagonistas de los canales de calcio, anticolinérgicos, xantinas, dopamina, nitratos y AINES (más de 6 tabletas por semana), tienen como efecto adverso la disminución del EEI y del tránsito intestinal, lo cual los relaciona con el desarrollo de ERGE.^(9,17)

La hernia hiatal (HH) produce hipotonía del EEI y el inadecuado aclaramiento del esófago (la parte más distal), por ello se le considera como factor de riesgo de la ERGE. Sin embargo la presencia de HH no necesariamente indica la existencia de RGE, porque puede haber HH sin RGE y RGE sin hernia.⁽⁹⁾ Las enfermedades respiratorias como asma y el dolor torácico no cardíaco también se asocian con la ERGE.^(6,24)

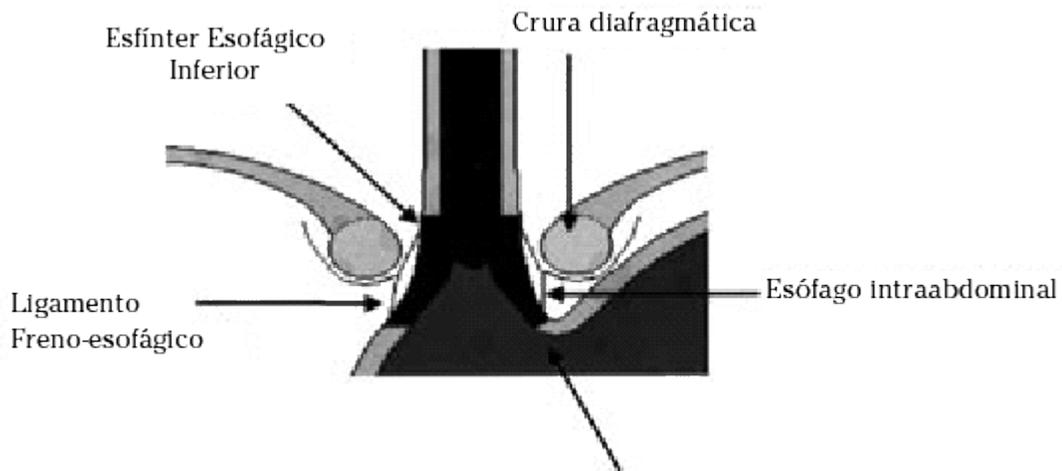


Figura 2. Representación esquemática de la unión esófago-gástrica y de los componentes de la barrera anti-reflujo.

FUENTE: Arín A, Iglesias MR. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. An Sist Sanit Navar. Agosto de 2003; 26(2):251-68.

CUADRO CLÍNICO

La pirosis, acidez o quemazón, es la clínica clásica de ERGE. Presentar este síntoma más de dos veces por semana en frecuencia podría ser suficiente para el diagnóstico; sin embargo la frecuencia y gravedad no se correlacionan al grado de daño esofágico. Este síntoma inicia en el epigastrio irradiándose hacia el tórax, a veces también hacia el cuello, garganta y a la espalda. Ocurre frecuentemente postprandial, después del consumo de alimentos picantes, cítricos, chocolate, alcohol, grasas o comidas copiosas. En los

pacientes con pirosis de larga data, suele aparecer la disfagia para sólidos en el 30%. La estenosis péptica, el anillo de Schatzki son sus causas más frecuentes, también asociada a esofagitis, alteraciones de la motilidad o cáncer esofágico.^(9,22)

Otra clínica son la hipersalivación, el hipo, náuseas, vómitos, eructos y odinofagia, en mayor frecuencia cuando hay úlceras esofágicas graves.^(9,22)

Las manifestaciones extraesofágicas son menos comunes, y pueden o no acompañarse de síntomas clásicos. El dolor torácico tipo opresivo que se irradia a la espalda, mandíbula, cuello o brazos, puede confundirse con patología cardíaca; una vez descartada esta, se podría sospechar como un síntoma de ERGE, ya que además se agrava tras las comidas y con el estrés.^(4,6, 20)

El reflujo ácido, la pepsina y los ácidos biliares son perjudiciales para la laringe, por ende también se relaciona al ERGE con laringitis, disfonía, sensación de cuerpo extraño, carraspeo continuo y dolor faríngeo continuo. La tos crónica y las erosiones dentales e incluso sinusitis y faringitis estarían relacionadas. Si la enfermedad por reflujo gastroesofágico afectara en las noches, reduciría las horas eficaces de sueño y afectaría la calidad de vida, por lo que se ha relacionado con el síndrome de apnea obstructiva de sueño.⁽²²⁾

Asma inducida por la ERGE es debido a la aspiración del contenido gástrico, lo cual induce a broncoespasmo, además con la presencia de un pH ácido en el tracto esofágico se genera un reflejo vagal, que contribuye a la producción de la broncoconstricción. Hasta un 30% no se acompañan de

manifestaciones esofágicas. La neumonía por aspiración, bronquitis crónica, fibrosis intersticial, el deterioro del síndrome de apnea obstructiva del sueño y bronquiectasias, son otro tipo de alteraciones pulmonares.⁽²²⁾

El curso clínico de la ERGE depende si existe erosión o no. Menos de 25% de aquellos con presentación no erosiva evolucionan después de 20 años o más a formas poco agresiva, con un patrón crónico de exacerbación y de remisión. En el sexo femenino, en las pacientes jóvenes y delgadas tienen más frecuencia de alteraciones funcionales gastrointestinales. Por el contrario, la enfermedad erosiva (esofagitis péptica) suelen ser en el sexo masculino en los pacientes ancianos, con sobrepeso y además con hernia hiatal sobreañadida.⁽²²⁾

Tabla 1. Síntomas de ERGE.

<i>Síntomas típicos</i>
Pirosis
Regurgitación
Disfagia
Odinofagia
<i>Síntomas atípicos o manifestaciones extraesofágicas</i>
Dolor torácico
Manifestaciones otorrinolaringológicas:
- Laringitis posterior
- Otras: faringitis, sinusitis, globo faringeo, laringospasmo...
Manifestaciones respiratorias:
- Tos crónica
- Asma bronquial
- Otros: neumonitis recidivante, fibrosis pulmonar...
Manifestaciones orales:
- Erosiones dentales
- Quemazón oral

FUENTE: Arín A, Iglesias MR. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. An Sist Sanit Navar. Agosto de 2003; 26(2):251-68.

COMPLICACIONES

Dentro de las complicaciones por reflujo persistente tenemos a la esofagitis, estenosis y esófago de Barrett; la recurrencia de episodios de aspiración

podrían inducir enfermedad pulmonar progresiva tipo fibrosis.⁽²⁵⁾ A su vez, está relacionado como factor de riesgo para enfermedades malignas como el adenocarcinoma, el carcinoma del cardias y escamocelular de esófago.⁽⁶⁾ Es de suma importancia resaltar que dentro de las complicaciones, la gravedad está directamente relacionado con las deficiencias estructurales del esfínter.⁽²⁵⁾

Dentro de los mecanismos fisiopatológicos de las complicaciones de ERGE tenemos a la esofagitis, la estenosis y la metaplasia de Barrett, que se generan cuando hay factores que lo predisponen: deficiencia mecánica del LES y aumento de la exposición esofágica del líquido con contenido duodenal que incluye bilis y jugo pancreático.⁽²⁵⁾

Las complicaciones del esófago de Barrett son la formación de estenosis, ulceración del segmento recubierto por epitelio de tipo columnar y su evolución a displasia y cáncer.⁽²⁵⁾ Dentro de las complicaciones a nivel respiratorio, un porcentaje importante de pacientes con ERGE tiene clínica respiratoria relacionada. Estos pacientes pueden tener clínica de asma de inicio en la adultez, reflujo laringofaríngeo o incluso fibrosis pulmonar idiopática.⁽²⁵⁾ En el año 1995 en nuestro país, según el estudio de investigación ISAAC, la prevalencia del asma estaba entre 20,7% y 28,2 %. En un estudio en el Hospital Cayetano Heredia se observó que existía una frecuencia de ERGE de 90.4% en pacientes con diagnóstico previo de asma de grado severo.⁽²⁴⁾

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de ERGE puede estar basado solamente en la historia clínica, por la presencia de síntomas compatible y/o evidencia de esofagitis o reflujo gastroesofágico patológico comprobado por pruebas diagnósticas como pHmetría y endoscopia. Asimismo se necesita de estas pruebas cuando existe presentación atípica para evaluar severidad u otra complicación de ERGE.^(7,9)

La endoscopia es útil para ver la existencia de esofagitis, clasificar su gravedad y sus complicaciones. No obstante, si los resultados de endoscopia son normales no excluye la presencia de ERGE ya que más del 50% de las personas con cuadro clínico típico no tienen alteración en la endoscopia indicativo de esofagitis.⁽⁹⁾

La pHmetría es de baja sensibilidad y especificidad como prueba diagnóstica pero útil para evaluar el estado funcional del EEI y el cuerpo esofágico, así como su capacidad propulsiva, además descarta la presencia de un trastorno esofágico primario. En los pacientes con ERGE esta prueba no debe hacerse con rutina pero es necesario para la evaluación preoperatoria.⁽⁹⁾

En la práctica clínica se usa el diagnóstico basado únicamente en los síntomas típicos de ERGE y que no haya indicadores de alarma. En estos casos la prueba de elección es la endoscopia. Además, el diagnóstico clínico se puede valorar a través de la evolución de la respuesta favorable, es decir la remisión de los síntomas con tratamiento IBP.⁽⁹⁾

El cuestionario validado más usado para diagnosticar ERGE es el Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire (GerdQ), se planteó como parte de un estudio llamado DIAMOND, el cual evalúa seis factores para hallar un puntaje final, tiene 65% de sensibilidad y un 71% de especificidad, el punto de corte es mayor igual a 8, según otros estudios que se han realizado acerca del cuestionario se concluyó que es el que mejor sensibilidad y especificidad tiene para detectar la esofagitis y así excluir

pirosis funcional. Otro cuestionario que es usado es el Gastrointestinal Short Form Questionnaire (GSFQ), este es un cuestionario específico que valora la frecuencia del cuadro clínico del ERGE y la influencia que genera en la calidad de vida; en este cuestionario el punto de corte es mayor igual a 13.⁽²⁶⁾

TRATAMIENTO

La presentación clínica y la intensidad sintomatológica dirigen el tratamiento individualizado de ERGE. Así mismo, en la ERGE no erosiva y síntomas típicos se deben controlar los síntomas, en la ERGE erosiva se espera la cicatrización evitando que se generen complicaciones y en aquellos pacientes que ya presentan esófago de Barret, se impide la displasia y el desarrollo de un adenocarcinoma.⁽⁹⁾

Las medidas higiénico-dietéticas, además del tratamiento médico-quirúrgico son la base de un adecuado tratamiento de los pacientes con ERGE.⁽²⁰⁾

La modificación del estilo de vida del paciente y recomendaciones dietéticas deben ser de forma individual, se recomienda una dieta saludable evitando alimentos con gran contenido graso, evitarlo al menos dos o tres horas previas a acostarse, y no realizar actividades específicas que desencadenan los síntomas.^(6, 9, 18) De suma importancia es controlar el peso y el perímetro abdominal, debido a que existe evidencia acerca de la eficacia de la disminución de peso en la reducción de la clínica de ERGE. Otras recomendaciones incluyen que debe dejar de consumir tabaco, consumir alcohol, elevar la cabecera de la cama y dormir en decúbito lateral izquierdo.⁽⁶⁾

Se sabe que los inhibidores de la bomba de ácido y antagonistas de los receptores H2 en diferentes dosis de acuerdo a la gravedad de cada paciente

reducen la secreción ácida del estómago siendo eficaces en el tratamiento de la ERGE, con un 10-24% y 57-74% de efecto terapéutico respectivamente en comparación al placebo según varios estudios.⁽¹⁶⁾

En pacientes con esofagitis, sangrado en esofagitis refractaria o hernia hiatal con erosiones trans hiatales y síntomas extraesofágicos por la regurgitación, cuando el manejo médico ya no es de utilidad además de las preferencias de tratamiento de los mismos pacientes la funduplicatura laparoscópica se ha considerado como el tratamiento de elección.⁽¹⁶⁾

2.3 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

HIPÓTESIS GENERAL

- Existen factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

- La edad es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El sexo es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.

- El consumo de tabaco es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El consumo de alcohol es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El sobrepeso/obesidad es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El consumo de AINES es un factor de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación es un estudio: Observacional, analítico, retrospectivo, de casos y controles.

- **Observacional**, solo se observa, no existe intervención. Es decir, no se manipulan las variables.
- **Analítico**, se buscará asociaciones con la adquisición de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y los factores demográficos, hábitos nocivos, sobrepeso/obesidad, consumo de AINES.
- **Retrospectivo**, los acontecimientos sucedieron antes del diseño de la investigación.
- **Casos-controles**, se quiere determinar la presencia de factor de riesgo entre los casos con ERGE y los controles sin ERGE.

3.2 POBLACIÓN

La población estudiada fueron los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” durante el año 2018, mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple se eligió la muestra.

Casos:

Las personas entre 20 a 80 años con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

Controles:

Las personas entre 20 a 80 años sin el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico atendidos en el consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

Los controles consistieron en historias clínicas de pacientes consecutivos que fueron al mismo consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del mismo hospital, en el mismo periodo, tomándose dos controles por cada caso que se obtenía, estos controles tenían características similares de edad y sexo; y sin el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

3.3 MUESTRA

TAMAÑO MUESTRAL

Para hallar el tamaño de la muestra, se consideró obesidad como factor de riesgo para su cálculo, se usó una fórmula que se aplica en estudios de casos y controles; se trabajó con una exposición entre controles del 57.9% (10) y un OR previsto de 2.58.⁽¹⁰⁾ Así como una potencia estadística del 80% y un nivel de confianza del 95%, resultando:

FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.57
ODSS RATIO PREVISTO	2.58
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0.77
NÚMERO DE CONTROLES POR CASO	2
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	0.84
VALOR P	0.67
NÚMERO DE CASOS EN LA MUESTRA	61
NÚMERO DE CONTROLES EN LA MUESTRA	122

Es así que se determinó que el tamaño de la muestra óptima es de 61 casos y 122 controles.

TIPO DE MUESTREO

Se eligió mediante un muestreo aleatorio simple. El tamaño de muestra fue de 61 casos y 122 controles, con un tamaño total de 183 pacientes.

Unidad de observación y análisis: Se analizó las historias clínicas de los pacientes con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

Ubicación del estudio: Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”

Tiempo: Desde el 1 de enero 2018 hasta el 31 de diciembre 2018

Espacio: Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”.

Distrito: Jesús María-Lima. Perú

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Casos:

- Pacientes entre 20 a 80 años con diagnóstico de ERGE registrados en las historias clínicas del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” durante el año 2018.
- Pacientes que cuenten con historias clínicas disponibles.

Controles:

- Pacientes entre 20 a 80 años que son atendidas en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” que no tengan el diagnóstico de ERGE.
- Pacientes que cuenten con historias clínicas disponibles.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con historias clínicas incompletas o que no dispongan de las variables de interés.

- Pacientes con alguna neoplasia o enfermedad que altere la producción de ácido gástrico.
- Pacientes con el diagnóstico de cáncer gástrico.
- Pacientes con el diagnóstico de hernia hiatal.
- Pacientes embarazadas con diagnóstico de ERGE.

3.4 VARIABLES DE ESTUDIO

DEFINICIONES CONCEPTUALES

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): Enfermedad caracterizada por síntomas y/o lesiones a nivel orgánico que dañan el esófago.⁽⁵⁾
- Índice de masa corporal (IMC): Indicador que relaciona el peso y la talla, para identificar sobrepeso y obesidad en la población adulta.⁽²⁷⁾
- Sobrepeso: Desequilibrio energético entre calorías que son consumidas y gastadas.⁽²⁷⁾
- Edad: Es el tiempo que ha vivido una persona.⁽²⁸⁾
- Sexo: Condición orgánica de un ser humano.⁽²⁹⁾
- Tabaco: Son productos del tabaco los que están elaborados total o parcialmente de tabaco. Tienen nicotina, que es un ingrediente psicoactivo muy adictivo.⁽³⁰⁾
- Fumador ocasional: Persona que refiere fumar uno o más cigarrillos, pero no diario.⁽³¹⁾
- Alcohol: Sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia.⁽³²⁾
- Consumo de riesgo: Es el patrón de consumo de alcohol que se relaciona con mayor riesgo de daños adversos para la salud. La OMS lo define como el consumo regular de 20-40 gr diarios de alcohol.⁽³²⁾
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): Los antiinflamatorios no esteroideos tienen efectos analgésicos, antiinflamatorios y antipiréticos, por efecto de la inhibición de la enzima ciclooxigenasa.⁽³³⁾

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante una ficha para recolectar datos que fue elaborada según los objetivos. La elaboración de la ficha de datos se realizó en según los datos que se obtendrán de las historias clínicas (**ver anexo A N°A3**).

Se habló con el jefe de docencia e investigación del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, luego se envió la solicitud para que revisen y aprueben la ejecución del protocolo.

Se pidió permiso al jefe de Gastroenterología con una solicitud para conseguir los números de las historias clínicas y toda la información de los pacientes atendidos en el rango de tiempo en estudio.

Se pidió la autorización del jefe de estadística por medio de una solicitud para acceder a las historias clínicas y se trasladó lo recopilado a nuestras fichas de recolección de datos.

Se llenaron los ítems, según las instrucciones de cada ficha.

Cuando terminamos de llenar todos los ítems, se tabularon los resultados en la matriz de datos.

La recolección de datos únicamente se realizó por el investigador y se garantizó la confidencialidad de la toda la información del paciente mediante el uso del número de historia clínica como código de identificación, por ser una recolección de datos no fue necesario el uso de consentimiento informado.

3.6 PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS

Los resultados se presentan en tablas, con las características demográficas (sexo y edad), hábitos nocivos (consumo tabaco, consumo de alcohol), sobrepeso/obesidad y consumo de AINES.

La información recopilada en las fichas, se digitó en la base de datos con Microsoft Excel 2010 y se analizó con software SPSS v25.

Para verificar la asociación entre variables y enfermedad por reflujo gastroesofágico se utilizó el estadístico Chi-cuadrado, considerándose estadísticamente significativo, todo valor $p < 0.05$. Se calculó OR con intervalo de confianza 95%.

Lugar de ejecución: Instalaciones del servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” ubicado en Jesús María-Lima, Perú

3.7 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación respeta los aspectos éticos, se solicitaron los permisos y autorizaciones respectivas para su ejecución en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la policía “Luis. N. Sáenz” antes de iniciar la recopilación de los datos. Además todos los datos se manejaron de manera confidencial y sin perjudicar a los participantes de este estudio.

3.8 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Son el tiempo para adquirir el permiso de realización del proyecto de parte del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz”, el estado de conservación de las historias clínicas, la letra ilegible del médico y el mal diagnóstico clínico de parte del profesional de salud que atiende al paciente en estudio.

El presente trabajo fue realizado en el V Curso Taller de Titulación por Tesis, según metodología publicada. ⁽³⁷⁾

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Al analizar los resultados de las variables, observamos que los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018 tienen un promedio de edad de 50.29 años, peso promedio fue de 65.90 kg, la talla promedio fue de 1.63 m. y el índice de masa corporal fue de 24.54 kg/m².

Tabla N°1. Características generales de los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.
N=183

Características	Promedio
Edad	50.29
Peso	65.90
Talla	1.63
IMC	24.54

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Al analizar los resultados de las variables demográficas observamos que la proporción de los pacientes con ERGE es mayor en el sexo femenino que en el masculino (39.7% vs 22.4%; $p < 0.05$) y esta diferencia es significativa. En lo referente a la edad tenemos que el 34.1% de los pacientes fueron mayor igual a 50 años mientras que el 32.6% fueron menores a 50 años con un $p > 0.05$ por lo que esta diferencia no es significativa.

Al analizar los resultados de las variables relacionadas a los hábitos nocivos observamos que la proporción de los pacientes con ERGE es mayor en los que

consumen tabaco con 48.6% que en los que no consumen tabaco con 29.7%; presentando una diferencia significativa $p < 0.05$. En lo referente al consumo de alcohol tenemos que 55% consumen alcohol mientras que el 27.3% no consumen alcohol con un $p < 0.05$ y esta diferencia es significativa.

Al analizar los resultados, se obtiene que la proporción de los pacientes con ERGE es mayor en los que tienen sobrepeso/obesidad que en los que no tienen sobrepeso/obesidad (44.9% vs 20%; $p < 0.05$) y esta diferencia es significativa.

Por otro lado la proporción de los pacientes con ERGE es mayor en los que consumen AINES con un 70.3% que en los que no consumen AINES con un 24%; con una diferencia significativa $p < 0.05$.

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Los factores asociados para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018 son:

De los factores demográficos evaluado se observa que solo el sexo se encuentra asociado a ERGE ($\chi^2 = 5.69$; $p < 0.05$). Además, en los pacientes de sexo femenino existe 2.28 veces mayor riesgo de presentar ERGE respecto a los pacientes del sexo masculino. (ORa: 2.28; IC 95% 1.03-5.01). Con el factor edad no se observa una asociación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

Respecto a los factores relacionados a los hábitos nocivos, se encontró asociación significativa con el consumo de tabaco ($\chi^2 = 4.52$; $p < 0.05$); los pacientes que consumen tabaco tienen 2.90 veces (ORa: 2.90; IC 95%: 1.19-7.04) mayor riesgo de presentar ERGE respecto a los pacientes que no consumen tabaco.

Por otro lado se encontró también asociación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol ($\chi^2 = 5.60$, $p < 0.05$), los pacientes con este hábito nocivo tienen

Tabla N°2. Análisis univariado de los factores relacionados a los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018 según ERGE. N=183

Características	ERGE		p
	SI	NO	
	%	%	
Características demográficas			
Sexo			
Femenino	46 (39.7%)	70 (30.3%)	0.01
Masculino	15 (22.4%)	52 (77.6%)	
Edad			
≤50	30 (32.6%)	62 (67.4)	
>50	31 (34.1%)	60 (65.9)	0.83
Hábitos nocivos			
Consumo de tabaco			
Si	17 (48.6%)	18 (51.4%)	0.03
No	44 (29.7%)	104 (70.3%)	
Consumo de alcohol			
Si	22 (55%)	18 (45%)	0.00
No	43 (27.3%)	104 (72.7%)	
Sobrepeso/Obesidad			
Si	44 (44.9%)	54 (55.1%)	0.00
No	17 (20%)	68 (80%)	
Consumo de AINES			
Si	26 (70.3%)	11 (29.7%)	

No	35 (24%)	111 (76%)	0.00
-----------	----------	-----------	------

3.08 veces mayor riesgo que aquellos que no consumen alcohol. (ORa: 3.08; IC 95%: 1.28-7.38)

Respecto al factor relacionados con el sobrepeso/obesidad se encontró asociación estadísticamente significativa ($\chi^2= 12.69$; $p < 0.05$); en los pacientes que presentan sobrepeso/obesidad existe casi 3 veces (ORa: 2.77; IC 95%:1.31-5.86) mayor riesgo de presentar ERGE respecto a los pacientes que no tienen esta patología.

Así también se encontró asociación estadísticamente significativa con el consumo de AINES ($\chi^2= 28.47$; $p < 0.05$); en los pacientes que consumen este medicamento existe casi 8 veces (ORa: 7.90; IC 95%: 3.29-18.94) mayor riesgo de presentar ERGE respecto a los pacientes que no consumen AINES.

En la tabla de análisis bivariado se observa que los factores sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso/obesidad y consumo de AINES presentan significancia estadística con ERGE. Se observa en la tabla de análisis multivariado que las mismas variables sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso/obesidad y consumo de AINES son estadísticamente significativas.

Tabla N°3. Comparativo del análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo asociados a ERGE en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018. N=183

Características demográficas	OR CRUDO				Chi cuadrado	Característica demográfica	OR AJUSTADO		
	OR	IC 95%	p				OR	IC 95%	p
Sexo					Sexo				
Masculino	1					Masculino	1		
Femenino	2.27	1.14-4.51	0.01	5.69		Femenino	2.28	1.03-5.01	0.04
Edad					Hábitos nocivos				
≤ 50					Tabaco				
>50	1.06	0.57-1.97	0.83	0.04		No	1		
						Si	2.90	0.19-7.04	0.01
Hábitos nocivos					Alcohol				
Consumo de tabaco					No				
No	1					Si	3.08	1.28-7.38	0.01
Si	2.23	1.05-4.72	0.03	4.52		Sobrepeso/Obesidad			
Consumo de alcohol					No				
No	1					Si	2.77	1.31-5.86	0.00
Si	3.25	1.58-6.71	0.00	5.60		AINES			
Sobrepeso/Obesidad					No				
							1		

No	1				Si	7.90	3.29- 18.94	0.00
Si	3.25	1.67- 6.33	0.00	12.69				
Consumo de AINES								
No	1							
Si	7.49	3.36- 6.69	0.00	28.47				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se observa en los resultados de los factores demográficos, que solo se encontró asociación estadísticamente significativa entre el factor sexo (ORa: 2.28; IC 95% 1.03-5.01, Chi2=5.69, $p < 0.05$) y ERGE, las mujeres presentan 2.28 veces mayor riesgo de presentar ERGE que los pacientes del sexo masculino. El mayor porcentaje de los pacientes atendidos por consulta externa del servicio de gastroenterología por ERGE fueron del sexo femenino en comparación al sexo masculino (39.7% vs 22.4%), este resultado es similar a estudios internacionales y nacionales como el realizado por Fajardo E, et al. en Colombia en el año 2017, donde encontraron que las mujeres tenían una mayor prevalencia (58.5%) de padecer ERGE ⁽¹⁰⁾, Albuja C. en Cuba en el año 2016 hizo un estudio con los pacientes atendidos en consultorio externo, y sus resultados mostraron un ligero aumento en el sexo femenino de padecer ERGE (52%) ⁽¹¹⁾, Serrano Y, et al. en Cuba en el 2014 hicieron un estudio con los pacientes atendidos en consultorio externo donde los resultados fueron que el (58.3%) eran del sexo femenino ⁽¹³⁾, Olmos J, et al. en Argentina en el año 2009 también demostraron una prevalencia de ERGE mayor en las mujeres ⁽⁵⁾.

Dentro de los antecedentes nacionales tenemos los estudios realizados por Turin C, et al. en Lima en el año 2014 con los pacientes que fueron atendidos en consulta externa con el diagnóstico de ERGE, sus resultados mostraron predominio del sexo femenino (70,9%).⁽²⁾ Tenemos otros estudios como el de Chávez R, et al. en Lambayeque en el año 2012 donde se observa que las mujeres tenían mayor prevalencia en padecer ERGE (24.6%)⁽²⁰⁾ y el de Cubas B, et al. en Chiclayo en el año 2010 donde también había predominio por el sexo femenino (64.13%).⁽¹⁾ Todos los resultados de estos estudios de investigación nos muestran que la ERGE tiene mayor predominio en el sexo femenino, en nuestro resultado la prevalencia fue del (39.7%) y menor en el sexo masculino (22.4%), corroborándose esto. Además se encontró que las mujeres tenían 2.27 veces más riesgo de presentar ERGE. Según la literatura la primera línea de defensa son varias estructuras anatómicas que incluyen el esfínter esofágico inferior (EEI), en las mujeres esta puede verse alterado por diferentes factores como antecedente de múltiples gestaciones, las prendas apretadas a la cintura como los cinturones, fajas o licras que producen aumento de la presión abdominal, lo cual favorece la formación del reflujo gastroesofágico al aumentar la presión gástrica y superar la barrera del esfínter del esófago inferior lo que conlleva al desarrollo de la enfermedad.^(1, 9, 19, 32) Se ha encontrado relación al sexo femenino con un mayor estrés psicológico lo que genera un pH muy ácido en el esófago; por lo que estos factores se asocian al desarrollo de ERGE.⁽³⁾

Se observa en los resultados con respecto a los hábitos nocivos que se encontró asociación estadísticamente significativa entre el factor consumo de tabaco (ORa: 2.90; IC 95%: 1.19-7.04, Chi²=4.52, p < 0.05) y ERGE, se puede decir también que aquellos que consumen tabaco tienen 2.90 veces mayor riesgo de presentar ERGE que los pacientes que no consumen tabaco. El mayor porcentaje de los pacientes que fueron atendidos en consultorio externo del servicio de gastroenterología por ERGE fueron aquellos que consumen tabaco en comparación a los que no presentaron este hábito nocivo (48.6% vs 29.7%), este resultado es parecido al

estudio internacional realizado por Albuja C. en Cuba en el año 2016 que estudio en un hospital a los pacientes atendidos en consultorio externo con el diagnóstico de ERGE y sus resultados mostraron que el consumo de tabaco era un factor asociado y tenían una prevalencia de (67%) la cual era mayor en comparación a los que no consumían tabaco. ⁽¹¹⁾ En el estudio de Serrano Y, et al. en Cuba en el año 2014 se observa que la ERGE tiene mayor prevalencia en fumadores con un (47,9%). ⁽¹³⁾ Al igual que nuestro resultado, estos estudios nos muestran que la ERGE tiene mayor predominio en aquellas personas que consumen tabaco. Además se encontró que los que consumen tabaco tienen 2.90 veces más riesgo de presentar ERGE similar al resultado de Fajardo E, et al. en Colombia en el año 2017 donde los que consumían tabaco tenían 2.18 veces más riesgo de presentar ERGE, con una prevalencia de (16.4%).⁽¹⁰⁾ Se concluye de ambos estudios que la presencia de ERGE se asocia significativamente al consumo de tabaco. Según la bibliografía, el humo del tabaco puede desarrollar ERGE, debido a que sus componentes aceleran la obtención de ácido gástrico y estimulan la relajación del EEI dañando así la primera línea de defensa.⁽³⁰⁾ Además la secreción salival y la presión del EEI se ven disminuidas lesionando de manera directa la mucosa del esófago.⁽³⁾

Por otro lado, el consumo de alcohol se asoció significativamente para adquirir ERGE (ORa: 3.08; IC 95%: 1.28-7.38, Chi²=5.60, p < 0.05), se puede decir también que aquellos que consumen alcohol tienen 3.08 veces mayor riesgo de padecer ERGE que los pacientes que no consumen alcohol. El mayor porcentaje de los pacientes que fueron atendidos en consultorio externo del servicio de gastroenterología por ERGE fueron aquellos que consumen alcohol en comparación a los que no consumen alcohol (55% vs 27.3%), este resultado es parecido al estudio de Serrano Y, et al. quienes observaron que había mayor proporción en aquellos que consumían alcohol con un (52.9%), que se corroboraba con hallazgos en la endoscopia de lesiones de la mucosa en los pacientes de consumían alcohol en comparación a los que no tenían este hábito nocivo.⁽¹³⁾ Difiere del estudio

realizado por Albuja C. quien obtuvo como resultado que la proporción de consumo de alcohol en los pacientes con ERGE era baja (17%9), concluyendo que no tenía una fuerza de asociación contundente (OR 1.9, IC95%= 1.1-3.3, $p > 0.05$).⁽¹¹⁾ Según la literatura el alcohol genera la estimulación de la secreción ácida además de relajar el esfínter esofágico inferior, sumado a esto disminuye la amplitud de la peristalsis de las ondas. Es así que al consumir bebidas alcohólicas inmediatamente previo a dormir favorece el cuadro clínico.⁽³⁾

Se observa en los resultados con respecto al factor sobrepeso/obesidad que presentó asociación significativa con respecto a ERGE (ORa: 2.77; IC 95%:1.31-5.86, $\text{Chi}^2=12.69$, $p < 0.05$), los pacientes con sobrepeso/obesidad tienen 2.77 veces mayor riesgo de presentar ERGE que aquellos sin sobrepeso/obesidad. El mayor porcentaje de los pacientes que fueron atendidos por consultorio externo de gastroenterología por ERGE fueron aquellos que presentaban sobrepeso/obesidad en comparación a los que no presentaron esta patología (44.9% vs 20%) este resultado es parecido a estudios internacionales hechos por Fajardo E, et al. en Colombia en el año 2017 se observa que había mayor prevalencia (57,9%) en aquellos que tenían un IMC mayor igual a 25 kg/m². Valor similar a nuestro resultado donde el IMC promedio es de 24.54 y la desviación estándar de 3.97. Además, las personas que presentaban sobrepeso/obesidad tenían un 2.58 veces mayor riesgo de padecer ERGE. El resultado de ese estudio es muy similar a nuestro resultado, por lo que padecer de ERGE se asoció significativamente con el IMC.⁽¹⁰⁾

En el estudio de Serrano Y, et al. en Cuba en el 2014 realizaron una investigación en los pacientes en consultorio externo y observa que había un predominio de sobrepeso/obesidad, el IMC medio era de 28,6±4,8 Kg/m² y la circunferencia abdominal era de 98,3±14,6 cm, concluyendo que la ERGE tiene mayor prevalencia en obesos. Valor mayor al nuestro promedio de 24.54.⁽¹³⁾ Ciriza C, et al. en España en el año 2014 concluyen que padecer de sobrepeso/obesidad central eran factores

asociados independientes para tener disrupción de la unión gastroesofágica, asociándose con el reflujo gastroesofágico. ⁽¹⁴⁾ Olmos y col en Argentina en el año 2009 elaboraron un estudio donde se observó que las personas con un IMC mayor a 25 kg/m² tenían más probabilidades de sufrir esofagitis por reflujo severa que aquellos que tenían un IMC menor.⁽⁵⁾ Chiocca J, et al. en Argentina en el año 2005, evidenciaron que la ERGE era más frecuente en las personas obesas con (30%), a diferencia del 16% en las personas con un IMC inferior a 30 kg/m².⁽¹⁸⁾

Estudios nacionales como el de Burgos M. en Trujillo en el año 2016 observaron que los pacientes obesos tenían 5.89 veces más riesgo de presentar esofagitis por ERGE, la frecuencia de obesidad en los pacientes con ERGE fue de 45%, concluyen que la obesidad es un factor asociado para esofagitis por reflujo gastroesofágico (OR: 5.89, IC:95%, P<0.01) ⁽¹⁹⁾ y Castelo V, et al. en Cusco en el 2003 ejecutaron una investigación en los pacientes de consulta externa en el servicio de gastroenterología en donde se observa que el factor obesidad estaba asociado significativamente con el reflujo gastroesofágico. Similar a nuestro resultado, Castelo V, et al. evidenciaron que los pacientes que presentaban obesidad en su estudio tenían casi 3 veces más riesgo de presentar ERGE (OR: 2,60 IC: 2,60-6,78).⁽²¹⁾ Esto es porque el sobrepeso/obesidad es un factor de riesgo relacionado con el perímetro abdominal e incremento del índice de masa corporal. El mecanismo más conocido por que se produce ERGE es el mecánico, en el que aumenta la presión intragástrica, existen otros mecanismos como los hormonales y pro inflamatorios, mediados por el tejido graso abdominal.⁽⁹⁾ Ser obeso además de ser un factor de riesgo de la ERGE también incrementa las complicaciones esofágicas a futuro. ⁽⁶⁾ Es por fisiopatología que esta patología sobrepeso y obesidad estarían muy relacionadas como factor de riesgo para desarrollar ERGE.

Los resultados muestran que el consumo de AINES tenía asociación estadísticamente significativa con respecto a ERGE (ORa: 7.90; IC 95%: 3.29-18.94, Chi²=28.47, p < 0.05), los pacientes que consumen AINES tienen 7.90 veces mayor riesgo de tener ERGE que aquellos que no consumen este medicamento.

El mayor porcentaje de los pacientes de consultorio externo del servicio de gastroenterología por ERGE fueron aquellos que consumen AINES en comparación a los que no consumen AINES (70.3% vs 24%), el resultado es parecido al estudio nacional realizado por Castelo V, et al. en Cusco en el año 2003 observaron que existe gran fuerza de asociación entre el consumo periódico de AINES y el riesgo de reflujo con un “p” altamente significativo OR= 19,36; IC: 2,65 - 396,73 y $p < 0,05$).

⁽²¹⁾ Al igual que nuestro resultado, el consumo de AINES es un factor asociado para el desarrollo de la enfermedad. Según la literatura los AINES son los medicamentos más utilizados en todo el mundo y su consumo se relaciona con erosiones esofágicas y estenosis.⁽³⁵⁾ Además favorecen el reflujo, ya que reducen la presión del esfínter del esófago inferior. ⁽³⁾ Los antiinflamatorios, por sus cualidades ácidas afectan las propiedades protectoras de la mucosa y así también favorecen el reflujo gastroesofágico.⁽³⁶⁾ Mediante esta fisiopatología, altera los mecanismos de defensa por lo que es un factor de riesgo para adquirir la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En el análisis multivariado se obtiene como resultado que, solo los factores sexo (ORa: 2.28; IC 95% 1.03-5.01, $p < 0.05$), consumo de tabaco (ORa: 2.90; IC 95%: 1.19-7.04, $p < 0.05$), consumo de alcohol (ORa: 3.08; IC 95%: 1.28-7.38, $p < 0.05$), sobrepeso/obesidad (ORa: 2.77; IC 95%:1.31-5.86, $p < 0.05$) y consumo de AINES (ORa: 7.90; IC 95% 3.29-18.94, $p < 0.05$) son estadísticamente significativas con ERGE, al igual a los encontrados en el análisis bivariado donde el sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso/obesidad y consumo de AINES mostraron también significancia estadística

CONCLUSIONES

1. Con respecto a los factores demográficos, se determinó con un nivel de significancia del 95%, que el sexo femenino presentó 2.28 veces más riesgo de desarrollar ERGE que los varones atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018. No se encontró asociación estadísticamente significativa con la edad.
2. Con respecto a los factores hábitos nocivos, se determinó que el consumo de tabaco presentó 2.90 veces más riesgo de desarrollar ERGE en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.
3. Así también, se determinó que el consumo de alcohol presentó 3.08 veces más riesgo de desarrollar ERGE en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.
4. Con respecto al sobrepeso/obesidad, presentó 2.77 veces más riesgo de desarrollar ERGE en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.
5. Con respecto al consumo de AINES, presentó 7.90 veces más riesgo de desarrollar ERGE en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú “Luis N. Sáenz” en el año 2018.

6. En el análisis bivariado los factores sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso/obesidad y consumo de AINES presentaron significancia estadística con ERGE, al estudiarse en un análisis multivariado los factores sexo, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sobrepeso/obesidad y consumo de AINES mantienen significancia estadística.

RECOMENDACIONES

Según los resultados del presente estudio, se sugiere:

1. Se recomienda elaborar campañas sobre estilos de vida a los pacientes del hospital y a sus familiares hablando sobre los factores de riesgo de esta enfermedad, también informar sobre las medidas preventivas y como tener un estilo de vida saludable y de esta manera incidir en los factores de riesgo modificables.
2. Se recomienda al personal de salud, realizar programas y campañas para tomar conocimiento de cuán importante es la prevención y promoción acerca de los peligros del uso de fármacos automedicados. Su uso indiscriminado puede tener consecuencias dañando estructuras anatómicas como el esófago e inclusive riesgo a patología malignas.
3. La población deberían acudir a un establecimiento de salud para que se realice un adecuado diagnóstico de ERGE, y así comenzar un manejo oportuno y remitir las complicaciones a futuro. Así mismo deben saber que los hábitos nocivos como consumir tabaco o alcohol son perjudiciales para su salud.
4. En la metodología se recomienda hacer investigaciones con mayor muestra, además considerar otros factores como la ingesta de café, cítricos, de grasas y presencia de hernia hiatal para saber si están asociados a la ERGE. Así mismo se recomienda realizar investigaciones incluyendo el diagnóstico por imagen de ERGE mediante pHmetria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cubas-Benavides F. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo. :7.
2. Turín More CG, Robles Bardales CJ, Villar Salas AP, Osada Liy JE, Huerta-Mercado Tenorio JL. Frecuencia de trastornos digestivos funcionales y enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes con dispepsia no investigada que acuden al Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú. Rev Gastroenterol Perú. abril de 2013;33(2):107-12.
3. Gómez Ayala A-E. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clínica y tratamiento. Farm Prof. 1 de julio de 2007;21(7):39-43.
4. Montoro MA, Alcedo J. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Esp Enfermedades Dig. mayo de 2004;96(5):353-353.
5. Olmos JA. Revisión sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica. :3.
6. Salis G. Revisión sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica. :11.
7. Mousa H, Hassan M. Gastroesophageal Reflux Disease. Pediatr Clin North Am. junio de 2017;64(3):487-505.
8. IMPORTANCIA DE LA DIETA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO [Internet]. [citado 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiic-redes.php/155306>
9. Farreras-Rozman. Medicina Interna. Metabolismo y nutrición. Endocrinología - 17th Edition [Internet]. [citado 25 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/farreras-rozman-medicina-interna-metabolismo-y-nutricion-endocrinologia/9788490225950>
10. Ramos EF, Cruz EM, Reyes VH, Casilimas CC, Torres HB, García JMC. Factores asociados a la prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en funcionarios de una universidad pública de Ibagué (Colombia). Salud Uninorte. 2017;33(3):296-305.
11. Díaz A, Carolina L. Manifestaciones clínicas y factores de riesgo asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes de 40 a 50 años atendidos en el servicio de gastroenterología del hospital provincial Docente

Ambato enero - abril 2016. marzo de 2017 [citado 27 de enero de 2020]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/5608>

12. Páramo Hernández DB, Albis R, Galiano MT, Mendoza de Molano B, Rincón R, Pineda Ovalle LF, et al. Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. *Rev Colomb Gastroenterol*. 24 de febrero de 2017;31(4):337.
13. Serrano YMR, Lavernia JOC, Berchí CBN. Caracterización de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *MULTIMED*. 1 de enero de 2014;18(1):36-49.
14. Ciriza-de-los-Ríos C, Canga-Rodríguez-Valcárcel F, Castel-de-Lucas I, Lora-Pablos D, de-la-Cruz-Bértolo J, Castellano-Tortajada G. Utilidad de la manometría de alta resolución en el diagnóstico de la disrupción de la unión gastroesofágica: causas que influyen en su disrupción y asociación con reflujo gastroesofágico y alteraciones manométricas. *Rev Esp Enfermedades Dig*. enero de 2014;106(1):22-9.
15. Zou D, He J, Ma X, Chen J, Gong Y, Man X, et al. Epidemiology of symptom-defined gastroesophageal reflux disease and reflux esophagitis: The systematic investigation of gastrointestinal diseases in China (SILC). *Scand J Gastroenterol*. 1 de febrero de 2011;46(2):133-41.
16. Ruigómez A, Massó-González EL, Johansson S, Wallander M-A, García-Rodríguez LA. Chest pain without established ischaemic heart disease in primary care patients: associated comorbidities and mortality. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. marzo de 2009;59(560):e78-86.
17. Havemann BD, Henderson CA, El-Serag HB. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review. *Gut*. 1 de diciembre de 2007;56(12):1654-64.
18. Chiocca JC, Olmos JA, Salis GB, Soifer LO, Higa R, Marcolongo M, et al. Prevalence, clinical spectrum and atypical symptoms of gastro-oesophageal reflux in Argentina: a nationwide population-based study. *Aliment Pharmacol Ther*. 15 de agosto de 2005;22(4):331-42.
19. Merejildo B, Humberto E. Obesidad como factor asociado a esofagitis por reflujo gastroesofagico en pacientes del Hospital Belen de Trujillo. *Univ Priv Antenor Orrego* [Internet]. 29 de noviembre de 2016 [citado 27 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2183>
20. Chávez RA, Chiclayo ALD, Cardozo DYF, León SFF, Jiménez FEL, Benavides FC. Frecuencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en

una Universidad de Lambayeque. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Alanzor Aguinaga Asenjo. 2012;5(4):8-11.

21. Reflujo Gastroesofágico: Características Clínicas y Endoscópicas, y factores de riesgo asociados [Internet]. [citado 5 de febrero de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292003000100006
22. Murcia O, Gutiérrez A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Medicine (Baltimore). 1 de enero de 2016;12(1):11-21.
23. Arín A, Iglesias MR. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. An Sist Sanit Navar. agosto de 2003;26(2):251-68.
24. Coz Núñez JA, Benavente Román F, Lara Romo ÁE. Asma severa y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2017 [citado 27 de enero de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/640>
25. Flores AL. Schwartz-principiosdecirugia-9ed-140902195957-phpapp02. [citado 27 de enero de 2020]; Disponible en: <https://www.academia.edu/14696282/Schwartz-principiosdecirugia-9ed-140902195957-phpapp02>
26. Ciriza-de-los-Ríos C. Cuestionarios para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: ¿son verdaderamente útiles? Rev Esp Enfermedades Dig. abril de 2016;108(4):171-3.
27. Obesidad y sobrepeso [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
28. edad | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
29. sexo | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/sexo>
30. OMS | Tabaquismo [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/tobacco/es/>
31. who_fctc_indicator_compendium_1st_edition_es.pdf [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/fctc/reporting/who_fctc_indicator_compendium_1st_edition_es.pdf?ua=1

32. Alcohol [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
33. Formulario Modelo de la OMS 2004: Sección 2: Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios no esteroides, antigotosos y fármacos antirreumáticos modificadores del curso de la enfermedad: 2.1 Analgésicos no opiáceos: 2.1.3 AINE (antiinflamatorios no esteroides) [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js5422s/6.1.3.html>
34. Arredondo Bruce A, Amores Carraté J, Guerrero Jiménez G, Reyes Oliva R. Enfermedad por reflujo esófago gástrico: una entidad a tener en cuenta. Rev Arch Méd Camagüey. junio de 2009;13(3):0-0.
35. INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DE ERGE EN PACIENTES BAJO TRATAMIENTO AGUDO CON AINES: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO GENIUS | Gastroenterología y Hepatología [Internet]. [citado 16 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-incidencia-de-sintomas-de-erge-S0210570509002362>
36. Angueira T, Lucendo AJ. Esofagitis por fármacos. Rev Esp Enfermedades Dig. mayo de 2015;107(5):322-322.
37. De la Cruz Vargas JA, Correa López LE, Alatrística Vda. de Bambaren M del S. Sanchez Carlessi HH y Asesores participantes, Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. Educación Médica. 2019. SCOPUS. DOI [10.1016/j.edumed.2018.06.003](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.06.003)

ANEXOS

ANEXO A N°1 - MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Existen factores de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz" en el año 2018?	General: •Determinar los factores de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Sáenz" en el año 2018.	General: •Existen factores de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú "Luis N. Saenz" en el año 2018.	Dependiente: •ERGE Independientes: •Factores demográficos: -Sexo - Edad • Factores hábitos nocivos: -Consumo de tabaco - Consumo de alcohol -Consumo de tabaco y alcohol. • Sobrepeso/obesidad • Consumo de AINES.	Es un estudio de investigación de tipo observacional, además analítico, retrospectivo, de casos y controles.	Se obtuvo una muestra de 183 personas, 61 casos y 122 controles.	Mediante el uso de la ficha de recolección de datos que está elaborada en base a los objetivos. Se contactó con la oficina de docencia y se remitió una solicitud para el trabajo pueda ser revisado y aprobado y así proceder a la ejecución del protocolo. Se pidió la autorización del jefe de estadística	La información recolectada en las fichas, se digitó en una base de datos con Microsoft office 2010 y software SPSS v25. Los resultados se presentan en tablas, Para verificar la asociación entre variables y Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico se utilizó el estadístico Chi-cuadrado, se considero estadísticamente significativo, todo valor $p < 0.05$. Se
	Específicos: • Estimar si el sexo es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico .	Específicos: • El sexo es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo.					
	• Estimar si la edad es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico	• La edad es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico					
	•Evaluar si el consumo de tabaco es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.	•El consumo de tabaco es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico					
	• Evaluar si el consumo de alcohol es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.	•El consumo de alcohol es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico .					
	•Determinar si sobrepeso/obesidad es factor de riesgo para adquirir Enfermedad por reflujo Gastroesofágico .	•El sobrepeso/obesidad es factor de riesgo para adquirir Enfermedad por reflujo Gastroesofágico .					
	•Demostrar si el consumo de AINES es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico .	•El consumo de AINES es un factor de riesgo para adquirir Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.					

ANEXO A N°2 - OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

	Nombre de Variable	Definición Operacional	Tipo	Naturaleza	Escala	Indicador	Medición
1	ERGE	Síntomas y/o lesiones en esófago.	Dependiente	Cualitativo	Dicotomica	Diagnostico consignado en la historia clinica.	Nominal
2	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	IMC según kilogramos según m ² superficie.	Independiente	Cuantitativo	Continua	Normal (IMC igual a 18,5-24,99) Sobrepeso (IMC igual a 25-29,99) Obesidad (IMC mayor igual a 30)	De intervalo
3	EDAD	Periodo de la vida en años.	Independiente	Cuantitativo	Discreta	(20 ≤ 50) (51-80)	De intervalo
4	SEXO	Femenino/ Masculino	Independiente	Cualitativo	Dicotomica	Femenino/ Masculino	Nominal
5	CONSUMO DE TABACO	Fumar uno o más cigarrillos, pero no diario, consignado en historia clínica.	Independiente	Cualitativo	Dicotomica	Consumo excesivo o no de tabaco consignado en historia clínica	Nominal
6	CONSUMO DE ALCOHOL	Consumo regular de 20-40 gr diarios de alcohol consignado en la historia clínica.	Independiente	Cualitativo	Dicotomica	Consumo excesivo o no de alcohol consignado en historia clínica	Nominal
7	CONSUMO DE AINES	Registro de consumo mas de 6 tabletas consignado en la historia clínica.	Independiente	Cualitativo	Dicotomica	Registro de consumo o no de tabletas según la historia clínica	Nominal

ANEXO N°A3 - FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

"FACTORES DE RIESGO PARA ADQUIRIR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ LUIS M. SÁENZ EN EL AÑO 2018".



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HISTORIA CLINICA:

DIAGNOSTICO POR HISTORIA CLINICA: SI NO

SEXO: F M

EDAD (AÑOS):

PESO (Kg):

TALLA (m):

IMC (Kg/m²):

TABACO: NO SI

ALCOHOL: NO SI

FARMACOS: AINES NO SI

ANEXO NºA4 - INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° HISTORIA CLÍNICA	Variables							
	ERGE (Diagnóstico por historia clínica No:0, Si:1)	SEXO (Masculino:0, Femenino:1)	EDAD años	EDAD (≤50 años=0; >50 años=1)	IMC (Normal=0; Sobrepeso/Obesidad=1)	TABACO (No:0, Si:1)	ALCOHOL (No:0, Si:1)	FARMACOS (No:0, Si:1)
1								
2								
3								
4								
5								
6								