

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA. NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019**

PRESENTADO POR LA BACHILLER EN MEDICINA HUMANA

NADIA ANELIF TELLO CASTILLO

**MODALIDAD DE OBTENCIÓN: SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL PARA
OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICA CIRUJANA**

DR. JHONY A. DE LA CRUZ VARGAS, PH.D., MSC, MD
DIRECTOR DE TESIS

ASESORA
DRA. YOLANDA ANGULO BAZÁN

LIMA, PERÚ 2021

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios Padre y su hijo Jesucristo, por siempre escucharme, guiarme y cuidarme en esta etapa de mi vida, además de su amor y bondad infinita.

A cada uno de los docentes de la universidad Ricardo Palma por sus enseñanzas, en especial a la Dra. Yolanda Angulo Bazán por su asesoramiento en Tesis.

Al Dr. Alberto Emilio Zolezzi Francis del Hospital María Auxiliadora, quien me facilitó el acceso a los datos utilizados en esta investigación.

Agradezco a mi familia por su apoyo incondicional y motivación para culminar este trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres, Kely Castillo Gutiérrez y Rogelio Tello Bazán por confiar siempre en mí, darme su apoyo incondicional en este camino para realizarme profesionalmente y sobretodo expresarles mi amor, el cual es la motivación principal en mi vida.

RESUMEN

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) caracterizado por el retorno de contenido gástrico. Ansiedad, el trastorno mental frecuente caracterizado por preocupaciones excesivas acompañado de síntomas somáticos y psíquicos.

Objetivo: Analizar si la ansiedad es un factor asociado a ERGE en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora (HMA) durante Noviembre – Diciembre, 2019.

Métodos: Es un estudio transversal, observacional, analítico, cuantitativo y de estadística inferencial. Se recolecto la información mediante una ficha de datos donde se registró las variables sociodemográficos, se utilizó el cuestionario GERDQ y la escala de ansiedad de Hamilton. La muestra fue 341 pacientes de gastroenterología. La información fue procesada y analizada en Microsoft Excel 2016®, para analizar la relación entre ansiedad y ERGE se usó la prueba chi cuadrado y análisis multivariado en el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se encontró que un 68,6% es femenino, con mediana de 48(15) años, en su mayoría convivientes con ingreso económico de 950(450) soles y sobrepeso en 44%. Pacientes con alta probabilidad de ERGE fue 64,8%, del cual un 91,2% presenta ansiedad. El modelo multivariado, tenemos que la edad mayor o igual a 50 años y ansiedad tienen una relación estadísticamente significativa con un PR de 2,27 (IC95% 1,31 -3,95; $p < 0,001$)

Conclusiones: La ansiedad es un factor asociado a ERGE en pacientes de gastroenterología de 20 a 60 años en el HMA

Palabras clave: (DeCS): Reflujo gastroesofágico, ansiedad, ácido clorhídrico, salud mental, diagnóstico temprano.

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) characterized by the return of gastric content. Anxiety, the frequent mental disorder characterized by excessive worry accompanied by somatic and psychic symptoms.

Objective: To analyze if anxiety is a factor associated with GERD in patients between 20 and 60 years of age who attend the outpatient gastroenterology service of the María Auxiliadora Hospital (HMA) during November - December, 2019.

Methods: It is a prospective, observational, analytical, quantitative and inferential statistical cross-sectional study. The information was collected through a data sheet where the sociodemographic variables were recorded, the GERD-Q questionnaire and the Hamilton anxiety scale were used. The sample was 341 gastroenterology patients. The information was processed and analyzed in Microsoft Excel 2016®, to analyze the relationship between anxiety and GERD, the chi-square test and multivariate analysis were used in the SPSS statistical program.

Results: It was found that 68.6% are female, with a median of 48 (15) years, mostly cohabiting with an income of 950 (450) soles and 44% overweight. Patients with a high probability of GERD was 64.8%, of which 91.2% presented anxiety. The multivariate model shows that age greater than or equal to 50 years and anxiety have a statistically significant relationship.

Conclusions: Anxiety is a factor associated with GERD in gastroenterology patients aged 20 to 60 years in AMF with a PR of 2.27 (95% CI 1.31 -3.95; $p < 0.001$)

Key words: (MESH): Gastroesophageal reflux, anxiety, hydrochloric acid, mental health. Early diagnosis.

ÍNDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y DE LA URP VINCULADA.....	6
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	7
1.5 DELIMITACIÓN.....	8
1.6 OBJETIVOS.....	6
1.6.1 GENERAL.....	6
1.6.2 ESPECÍFICO.....	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
2.1.1 ANTECEDENTES NACIONALES.....	9
2.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	10
2.2 BASES TEÓRICAS.....	12

CAPITULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS	
3.2. VARIABLES PRINCIPALES DE INVESTIGACIÓN	

CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	23
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	23
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS.....	29
4.5 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....38

5.1.RESULTADOS	
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES.....	40
-----------------------	----

6.2 RECOMENDACIONES.....	41
--------------------------	----

CAPÍTULO VII: RECURSOS Y CRONOGRAMA

7.1 Recursos humanos y materiales.....	42
--	----

7.2 Cronograma.....	43
---------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
--	-----------

ANEXOS

1. Carta de aprobación del proyecto de tesis, firmado por la secretaría académica.
2. Carta de compromiso del asesor de tesis
3. Carta de aceptación de ejecución de la tesis y aprobación por el comité de ética en investigación por el Hospital María Auxiliadora.
4. Acta de aprobación del borrador de tesis
5. Reporte de originalidad del Turnitin
6. Certificado de asistencia al curso taller
7. Matriz de consistencia
8. Operacionalización de variables
9. Consentimiento informado
10. Ficha de recolección de datos
11. Cuestionario GERDQ
12. Escala de Hamilton
13. Bases de datos (excel, spss)

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se caracteriza por el retorno de una porción del contenido gástrico hacia el esófago e incluso más allá de este como cavidad oral sin asociarse al esfuerzo de vómito; sin embargo esta condición puede tomarse como normal, de forma fisiológica en la fase postprandial; que luego se convierte en patológico al asociarse a síntomas como pirosis, disfagia, dolor retroesternal y odinofagia que son producto de lesiones en la mucosa de la zona afectada, afectando el bienestar de la persona.

A nivel mundial, es una patología que se presenta frecuentemente, se estima que hasta un 27.8% en el norte de América, 23.0% en Sudamérica, 25.9% en Europa, 7.8% en Oriente de Asia y 33.1% en Medio Oriente. En nuestro País, se realizaron estudios donde el 26,5% presentaban ERGE, siendo las mujeres las más afectadas; es importante se haga el diagnóstico y tratamiento oportuno y eficaz para disminuir la prevalencia de esta enfermedad; de esa manera evitar las posibles complicaciones como esofagitis, esófago de Barret, laringitis, disfagia, entre otros.

Por otro lado, la ansiedad, el trastorno mental frecuente se designa por preocupaciones excesivas con respecto de las actividades cotidianas, esto afecta la tranquilidad del paciente conllevando a trastornos del sueño, hiperactividad autonómica, tensión muscular o fatiga, dichos eventos ocurren al menos seis meses. Es interesante conocer si este trastorno repercutiría en aquellos pacientes que tengan ERGE.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

El reflujo o la migración retrógrada del contenido del contenido gástrico al esófago es un proceso fisiológico que ocurre en toda persona, se torna como una condición patológica cuando este produce síntomas molestos como pirosis retroesternal, la regurgitación ácida y la disfagia que típicamente aparece en las personas a partir de la tercera o cuarta década de la vida(1).

La prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es de 10% a 20% en Europa y América del Norte, en contraste con Asia donde se encuentra un 5%(2). En nuestro país se realizaron estudios similares donde se encontró 26,5% de personas con ERGE en la ciudad de Chiclayo, siendo mujeres en su mayoría(3), presentándose en ellas en un 70,5%; también mencionan que ERGE es el diagnóstico más frecuente en la consulta (4). Lo que llevaría a un impacto económico mayor en los gastos por atención en salud; pero en las ciudades capitales de este país se encontró en un 11,9% (5).

Se tiene que considerar una adecuada atención primaria para disminuir la prevalencia de esta enfermedad ya que esto podría afectar a nivel laboral y sociocultural, como se vio en un estudio donde el 7% del absentismo laboral fue producto de trastornos gastrointestinales (6). Por ende, es relevante que los sistemas de salud estudien factores asociados de esta enfermedad con la intención de crear estrategias preventivas efectivas.

En el caso de ERGE, algunos de estos factores han sido estudiados. Por ejemplo, la prevalencia de IMC mayor de lo normal en los pacientes con ERGE, se encuentra alrededor del 31%(7). Adicionalmente, se ha asociado al desarrollo de obesidad y sobrepeso en la ciudad de Lima con el estilo de vida inadecuado, los malos hábitos alimenticios (8). Esto podría ser debido a un aumento excesivo de grasa corporal el cual contribuyen a un incremento de la presión intragástrica

y el gradiente de presión abdomen-tórax, por lo que es necesario concientizar a la población a llevar una vida sana (7).

Por otro lado, es importante la asociación de la enfermedad con la edad en vista de que hay una diferencia con respecto a la sintomatología presentada entre los pacientes jóvenes y personas mayores a causa de la presencia de anomalías en la motilidad gastrointestinal, a medida que la edad avanza, en el aparato digestivo hay enlentecimiento de la motilidad gastrointestinal y descenso en la secreción y velocidad de vaciado gástrico, es una población vulnerable al desarrollo de esta patología (9).

Sin embargo, factores de salud mental como depresión, estrés o ansiedad han sido poco estudiado en pacientes de nuestro medio. En el caso de la ansiedad, este trastorno mental se caracteriza por producir sensaciones de preocupación, miedo y estrés; lo que potenciaría la severidad del reflujo gastroesofágico; ya que hay un presunto efecto negativo, mencionado también por la Asociación Española de Gastroenterología(10). Incluso se determinó que la ansiedad es un factor de riesgo para ERGE erosiva (11); por lo que no detectar la ansiedad en pacientes con ERGE podría prolongar el tiempo de tratamiento en ellos y probablemente contribuiría en la severidad de este fenómeno gastroesofágico.

Por lo antes mencionado, sería determinante conocer si la ansiedad es un factor asociado al desarrollo de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes de 20 a 60 años que acuden al consultorio externo de gastroenterología en el Hospital María Auxiliadora.

1.2 Formulación del problema

¿La ansiedad es un factor asociado al diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de gastroenterología en el Hospital María Auxiliadora durante los meses Noviembre – Diciembre del año 2019?

1.3 Línea de Investigación

La línea de investigación del presente estudio será en relación de Enfermedades Crónicas Metabólicas y Cardiovasculares, el cual es punto número 4 dentro de las Prioridades de Investigación en Salud 2019 – 2023. Se llevará a cabo en la especialidad de gastroenterología del Hospital Maria Auxiliadora, sede donde se realizará la toma de encuestas de los pacientes entre 20 y 60 años todo ello realizado en el periodo desde el 1 de Noviembre al 31 de Diciembre del 2019.

La línea de investigación de la Universidad Ricardo Palma, Salud Publica y Medicina Ambiental, es al cual este estudio pertenece.

1.4 Justificación del Estudio

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es motivo frecuente por el cual los pacientes acuden a consultorio externo (4), entonces un buen manejo de esta patología ayudaría a que no haya tanta demanda en consultorio externo, de esta manera también disminuiría el uso de los recursos hospitalarios y habría mayor satisfacción del usuario.

La presentación de esta enfermedad varía según edad, es decir la sintomatología no es la misma en un paciente joven que una persona mayor quien generalmente tendrá mayores complicaciones (9). Es decir, hacer un mayor hincapié en el adulto mayor. No obstante el diagnóstico de ansiedad es conveniente en cualquier grupo etario a causa de que este es un factor de riesgo para el desarrollo de ERGE erosiva (11). La detección temprana de este fenómeno puede ayudar a lograr derivaciones tempranas a servicios especializados de salud mental; e informaría a los profesionales encargados de la salud de estos pacientes para realizar el manejo oportuno.

Esto resultaría relevante para un tratamiento multidisciplinario ya que no solo se trataría el ERGE sino también la ansiedad, ya que se ha visto que estos pacientes tienen un gran impacto psicológico llevándolos a una baja calidad de vida (12).

1.5 Delimitación

Pacientes entre 20 a 60 años que acuden al servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora desde el 1 de Noviembre hasta el 31 de Diciembre del año 2019.

1.6 Objetivos

1.6.1 General

- Analizar si la ansiedad es un factor asociado a Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora durante los meses Noviembre – Diciembre del año 2019.

1.6.2 Específico

- Estimar la existencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes con edades entre 20 a 60 años en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora
- Establecer la frecuencia de síntomas ansiosos en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología.
- Establecer la asociación de otros factores asociados a ERGE (sexo, edad, estado nutricional y comorbilidades) en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología.
- Determinar la asociación de factores sociodemográficos (ingreso económico y estado civil) en pacientes con diagnóstico de ERGE que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Mayta Lozano B. (2018) presenta su tesis titulado “Síndrome ansioso y depresivo en síndrome de intestino irritable en el hospital nacional Sergio E. Bernales, enero del 2018”, una investigación descriptiva, prospectiva de corte transversal efectuado en 84 pacientes diagnosticados en el consultorio de gastroenterología de síndrome de intestino irritable en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Lima utilizando inventario de depresión de Beck II y el inventario de ansiedad de Beck para identificar a pacientes con síndrome depresivo y ansioso respectivamente. Encontraron que en la mayoría de pacientes entre 31-50 años en un 57%, 64% fueron mujeres; 42% del nivel de educación superior, el síndrome ansioso abarco un 68% en estos pacientes y el síndrome depresivo se encontró en un 18%. Por el resultado encontrado deducen que el porcentaje de síndrome ansioso encontrado estaría relacionado al estrés por trabajo o al estilo de vida en la capital(13).

Turín More C. y Robles Bardales C. et al. (2013) ejecutaron un estudio acerca de “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”, de tipo descriptivo en 110 pacientes, encontraron que un 82% encontraba trastornos digestivo funcional (TDF), el 82,7% presentó ERGE, siendo la regurgitación el síntoma más frecuente. También se encontró la superposición con otras patologías en un mismo paciente(14).

Cubas Benabides F. y León Jiménez F. (2010) realizo una publicación titulado “Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo.” Hicieron un estudio transversal en 347 personas en la ciudad de Chiclayo, donde

encontraron un 26,51% de personas con ERGE siendo la mayoría mujeres en un 64,13%; un 30,53% presento regurgitación; un 20,73% dolor torácico, 14% con pirosis. También este grupo con ERGE tuvieron resultados mas alejados de 100, respecto a la salud mental estuvo en un 82,64 con respecto de los que no tuvieron la enfermedad en un 82,64%. Concluyeron en que la alta prevalencia de ERGE repercute en la calidad de vida de las personas estudiadas(3).

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Zatarain Valles A. y Serrano Falcón B. et. al. (2019) realizaron un estudio denominado Factores independientes asociados con el impacto de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la calidad de vida relacionada con la salud, donde hicieron un estudio de cohortes prospectivo observacional en 107 pacientes mayores de 18 años que acudieron al Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos en la ciudad de Madrid con diagnóstico clínico de ERGE. Ellos usaron el cuestionario GERQ para diagnóstico de ERGE y el cuestionario SF36 para evaluar la calidad de vida y para medir los factores psicológicos se usaron dos cuestionarios SCL-90R (Symptom Checklist 90R) y el STAI (State-Trait Anxiety Inventory). Encuentran que un 40% tenían sobrepeso y 15% eran obesos. Pacientes con pirosis y regurgitación en un 46%. Mencionan que la ansiedad se demostró como factor de riesgo independiente del deterioro de calidad de vida de las personas con ERGE, según nuestros sus resultados. Entonces es necesario tener en cuenta medidas dietéticas y terapéuticas para el tratamiento tanto de reflujo gastroesofágico como de ansiedad y depresión(15).

Hartono JL, Mahadeva S y Goh K-L (2012) publicaron “Ansiedad y depresión en diversos trastornos gastrointestinales funcionales: ¿existen diferencias?”, este estudio observacional descriptivo prospectivo en 283 pacientes con edades entre 18 y 75 años que se sometieron a un estudio endoscópico entre octubre de 2008 y marzo de 2010 y cumplieron los criterios para dispepsia funcional (DF), enfermedad por reflujo no erosivo (NERD) y síndrome del intestino irritable (IBS); mediante la escala HADS se diagnosticó ansiedad y depresión. Los pacientes que tenían un puntaje de > 8 tenían ansiedad o depresión, encontraron que las

puntuaciones de ansiedad fueron más altas en pacientes de los grupos FD, NERD e IBS que en el grupo control, teniendo 43.5% de los pacientes presentaban ansiedad y reflujo gastroesofágico no erosivo. mientras que no se observaron diferencias significativas en las tasas de depresión entre los tres grupos; finalmente concluyen en que la ansiedad es más común en pacientes con IBS que en aquellos con FD y NERD, lo que indica un posible vínculo causal entre ellos(16).

Xiao-Jun Yang, Hong-Mei Jiang, et al. (2015) hicieron un estudio sobre “Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad gastroesofágica por reflujo y su efecto sobre la calidad de vida”, un estudio observacional, analítico y prospectivo en 279 pacientes quienes fueron evaluados con la escala de Zung para diagnóstico de ansiedad (EZDA) y depresión en el consultorio de gastroenterología del Hospital Unión en Hubei, provincia de China. No hubo diferencias significativas respecto al sexo, Las puntuaciones medias de EZDA en los pacientes que tuvieron ERGE no erosiva (48.27 ± 10.34) y esofagitis por reflujo (45.38 ± 10.27) comparado con el grupo control, (34.70 ± 8.00) ($P < 0.001$). Además de que la puntuación sobre ansiedad fue mayor en el grupo de pacientes con ERGE no erosiva. Determinaron que los trastornos esofágicos tienen un impacto en la calidad de vida y la ansiedad y depresión se correlaciona significativamente(17).

Díaz de Liaño Á. y Yárnoz C et al.(2006) efectuaron un estudio “Reflujo gastroesofágico: Prevalencia de trastornos psicopatológicos e implicaciones en la calidad de vida.” Estudio prospectivo en 74 pacientes con diagnóstico de ERGE sometidos a cirugía laparoscópica en el Unidad de Esófago-Gástrico en Hospital Universitario Virgen del Camino de Navarra, España, quienes fueron evaluados mediante el cuestionario GHQ-28, el cual es el estándar de referencia para los cuestionarios de detección psicopatológica, mide síntomas subjetivos de angustia psicológica, manifestaciones somáticas asociadas a ansiedad-depresión, relaciones difíciles y desempeño de roles sociales, familiares y profesionales. De acuerdo a sus resultados, según el cuestionario GIQLI, 40 pacientes presentan trastornos psicopatológicos y también incluye sintomatología somática asociada a ansiedad(18).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Definición

Enfermedad por reflujo gastroesofágico se denomina por el pasaje de una porción del contenido gástrico, lo que causa síntomas problemáticos y/o complicaciones que influye en el bienestar de la persona de acuerdo al consenso de Montreal(19), en el consenso Mexicano, lo definen como el asentamiento del contenido gástrico o gastroduodenal por encima de la unión gastroesofágica afectando la tranquilidad de las personas (20), estos conceptos concuerdan con el Colegio Americano de Gastroenterología, que menciona que la sintomatología y complicaciones resultan del retroceso del volumen gástrico hacia el esófago o más allá, hacia la cavidad oral o el pulmón(21). No se asocia al esfuerzo de vómito; sin embargo, esta condición puede ser fisiológica en la fase postprandial y se convierte en patológico al presentar síntomas más de dos veces por semana o causando lesiones en la mucosa esofágica (22).

Epidemiología

Se realizó una revisión sistemática actualizada acerca de 31 estudios donde revelan que ERGE sigue siendo una enfermedad prevalente a nivel mundial, donde se estima en un 18.1% –27.8% en el norte América, 8.8% –25.9% en Europa, 2.5% –7.8% en Oriente Asia, siendo este consistente y manteniéndose debajo del 10% que se vio en estudios anteriores;8.7% –33.1% en el Medio Oriente, 11.6% en Australia y también se obtuvo resultados en Sudamérica en un 23.0%.(23) Hay mayor presentación de ERGE en pacientes mayores de 50 años e incide mayormente en mujeres aunque no desplaza a los hombre por un gran porcentaje(24).

Factores de riesgo

Un aumento en los síntomas de ERGE ocurre en individuos quienes aumentan de peso, aquellos que tienen un alto índice de masa corporal, generalmente en estas personas se ve que hay un alto consumo de grasas en la dieta y esto conlleva a un mayor riesgo de ERGE y esofagitis erosiva. También el consumo de bebidas carbonatadas es un factor de riesgo de acidez estomacal durante el sueño. El consumo de café como factor de riesgo para la ERGE no está especificado; no obstante, podría aumentar la acidez, pero el mecanismo es desconocido, se sospecha de la acción de la cafeína. El consumo de alcohol y el tabaquismo se asocia a un empeoramiento a nivel del esófago. El tratamiento de las comorbilidades con bloqueadores de canales, anticolinérgicos, AINES, bifosfonatos, tetraciclina podrían causar lesiones en el tracto gastrointestinal superior, y sería posible que exacerben los síntomas (25).

Las comorbilidades que asocian a este fenómeno son la diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular y apnea del sueño; también puede coexistir con síndromes gastrointestinales como el síndrome del intestino irritable. Hay otras condiciones como la osteoporosis con fracturas vertebrales y cifosis se considera ampliamente como uno de los factores de riesgo para la esofagitis erosiva, especialmente entre las mujeres de edad avanzada(26).

Fisiopatología

El elemento clave es la insuficiencia de la barrera antireflujo, se encuentra en la unión esófago gástrica, compuesta por el esfínter esófago inferior (EEI) y por la crura diafragmática (CD), el cual ayuda a prevenir el reflujo estimulado por esfuerzos y relajaciones transitorias del EEI que son más fisiológicos que hipotensivos. Entonces al no haber sinergia entre estos dos, llevaran al aumento de la distensibilidad y presión abdominal, (27) esta presión alta puede ser 10 mmHg y ser persistente sin relación con la ingestión, aquí también influye la hipertensión abdominal que tiene relación con el aumento de peso y la repleción gástrica después de tener gastroparesia. Hay mecanismos que son independientes a ERGE que conllevan a la progresión de la inflamación de esta zona, de esta manera se tendría riesgo a desarrollar metaplasia y neoplasia, aquí es donde se altera las adipokinas, citokinas y quemoquinas(27).

La sintomatológica será más evidente cuando haya mayor permeabilidad de la mucosa e hipersensibilidad a nivel del esófago respecto a los ácidos e incluso a los no ácidos, esto lleva a un mayor riesgo de lesiones esofágicas(22).

Entonces básicamente está dada por:

- a. La barrera antirreflujo donde hay una alta presión (10-30 mmHg) que normalmente opone resistencia; sin embargo, está asociada al relajamiento transitorio espontáneo que se puede acompañar de hipotonía. También es probable la presentación de anomalías anatómicas en el anclaje del EEI.
- b. El aclaramiento esofágico del ácido es cuando se elimina el contenido refluido y permite restaurar el pH a nivel de esta zona, de acuerdo a la peristalsis que haya, de la gravedad y una secreción de saliva adecuada. De no haber un buen aclaramiento, la mucosa estará en contacto con el ácido en un tiempo más prolongado el cual repercutirá peor en el paciente, más que tener episodios frecuentes.
- c. Hay factores protectores epiteliales que comprenden elementos morfológicos y fisiológicos que frenan la retrodifusión de los hidrogeniones, esto se relaciona con un buen flujo sanguíneo, buena salivación integridad de las uniones celulares, secreción de moco y bicarbonato que tienen las células epiteliales. Los fármacos como el AINE descomponen estos mecanismos porque impiden la producción de prostaglandinas y el efecto mucoprotector.

Sintomatología

La sintomatología de ERGE es amplia que pueden manifestarse por separado; pero generalmente están combinadas. Los síntomas más comunes son la acidez estomacal y la regurgitación (Tabla 1). La regurgitación puede hacer referencia de reflujo gastroesofágico el cual se debe diferenciar de una condición sin esfuerzo de alimentos que no fueron adecuadamente digerido en la boca, en cambio la acidez estomacal es una sensación de ardor detrás del esternón que probablemente migra al cuello y la garganta(26); pero cuando hay ausencia de la lesión esofágica, cabe la posibilidad de que el paciente así tenga acidez estomacal, no lo perciba(19).

Tabla 1. Síntomas de ERGE

SÍNTOMAS DE ERGE	
Típicos	Atípicos
<ul style="list-style-type: none"> - Pirosis/acidez (mañana o noche) - Regurgitación (mañana o noche) - Hipersalivación 	<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas y eructos - Digestión lenta y saciedad precoz - Epigastralgia - Distensión - Vómitos - Dolor precordial - Sintomatología respiratoria (tos, sibilancias, rinosinusitis crónica) - Sintomatología otorrinolaringológica (ronquera, dolor faríngeo, sensación de nudo en la garganta) - Despertar temprano, nocturno (pesadillas)

*Se puede considerar que están asociados a ERGE si los síntomas mejoran con tratamiento de IBP. (ORL, oído, nariz, garganta.)

Fuente: Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. J Clin Gastroenterol. 2017;51(6):467-78.

Los signos de alarma : Disfagia, odinofagia (deglución dolorosa), síntomas bronquiales recurrentes, neumonía por aspiración, disfonía, tos recurrente o persistente, sangrado del tracto gastrointestinal, dolor persistente, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencional progresiva, linfadenopatía, masa epigástrica, síntomas atípicos de nueva aparición a la edad de 45–55 años, antecedentes familiares de adenocarcinoma esofágico o gástrico(26).

Clasificación

Se clasifica según Savary-Miller y Los Ángeles(28). (Tabla 2)

Tabla 2. Clasificación de ERGE.

Clasificación Endoscópica de ERGE	
Savary-Miller (1977)	Los Ángeles (1999)
I. Eritema o erosión única o múltiple no confluyente	A. Una o más erosiones mucosas < 5 mm que no se extienden entre dos pliegues mucosos.
II. Erosiones confluentes, no circunferencial	B. Ídem con tamaño > 5 mm
III. Lesión circunferencial	C. La lesión supera el espacio entre dos pliegues, pero no el 75% de la circunferencia.
IV. Lesiones crónicas: úlceras, estenosis, metaplasia, cilíndrica, braquiesofágico.	D. La lesión afecta a más del 75% de la circunferencia

Fuente: Morales Saavedra JL. Tratado de cirugía general - Asociación mexicana de cirugía general - Google Libros. Tercera edición. Vol. Cap. 125. Ciudad de México-México: Manual Moderno; 2017. 2340 p.

Diagnóstico

Se sugiere diagnóstico de ERGE cuando el paciente manifiesta ardor retroesternal asociado a síntomas de regurgitación en dos oportunidades o más durante la semana. Para un abordaje integral se tienen que ver criterios clínicos, endoscópicos y de pH-métrico; sin embargo, no se necesita de una investigación profunda para establecer un diagnóstico. Al evaluar se debe presenciar la gravedad y frecuencia de acidez estomacal, regurgitación ya sea de un ácido o de otro tipo y las características de alarma; también es importante buscar síntomas atípicos de esófago, pulmón, otorrinolaringológico y oral. Tener en cuenta el descartar otros diagnósticos gastrointestinales, en especial el cáncer del tracto gastrointestinal superior y la enfermedad ulcerosa, especialmente en áreas en las que estos son más frecuentes. También es importante considerar otros diagnósticos no gastrointestinales, especialmente la cardiopatía isquémica. Se han desarrollado herramientas de cuestionario de diagnóstico para ERGE (cuestionarios de enfermedad por reflujo, RDQ) para estudios epidemiológicos. Los cuestionarios son generalmente difíciles de usar en la práctica clínica. Un historial cuidadoso es la base para el diagnóstico sintomático. Se puede tener en cuenta una serie de pruebas de diagnóstico necesarias(25). (Tabla3)

Tabla 3. Opciones diagnósticas para ERGE.

Opciones diagnósticas para ERGE		
Prueba diagnóstica	Indicación	Recomendación
Tratamiento empírico con IBP	Síntomas clásicos, sin signos de alarma.	Un ensayo negativo no descarta <i>ERGE</i>
Prueba de aliento de urea o prueba de antígeno H. Pylori en materia fecales.	Para la dispepsia no estudiada, en población con alta prevalencia de H. pylori (>20%). Estrategia de prueba y tratamiento.	Este enfoque está sujeto a consideraciones locales de costo beneficio. Debe basarse en una prueba no invasiva de infección activa.(UBT, prueba de antígeno monoclonal en heces)
Endoscopia	Para síntomas de alarma, detección de pacientes de alto riesgo, dolor torácico. Diagnostica otras causas o síntomas intestinales altos.	Considerar temprano para personas mayores, aquellos con riesgo de EB, dolor torácico no cardíaco, pacientes que no responden a IBP
Biopsia esofágica	Para descartar otras causas aparte de ERGE.	No indicado para el diagnóstico de ERGE.
Biopsia gástrica	Por estado desconocido de H. Pylori en pacientes con endoscopia digestiva alta por síntomas Gastrointestinales altos(GI).	Indicado para el diagnóstico de síntomas GI altos (dispepsia) sin explicación, para detectar H. Pylori.
Manometría esofágica	Para diagnosticar trastornos de la motilidad en pacientes con endoscopi negativa que no responden a la terapia con IBP. Evaluacion preoperatoria para cirugía. Ubicación de la sonda de pH.	No recomendado para el diagnóstico de ERGE. Cuando se considera que pueda tratarse de acalasia/esclerodermia. Preoperatorio.
Monitoreo de pH o impedancia	Para síntomas atípicos y síntomas de ERGE resistente a IBP. En el preoperatorio, para enfermedad no erosiva.	Correlacionar los síntomas con el reflujo, documentar la exposición anormal al acido o la frecuencia del reflujo.
Deglución de bario	Para evaluación de la disfagia y ocasionalmente para caracterización de la hernia hiatal.	No es útil para el diagnóstico de ERGE. No usar a menos que se evalúen complicaciones (estenosis, anillo, dismotilidad).

Fuente: Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51(6):467-78.

Tratamiento

Como medidas generales, se recomendará un buen estilo de vida, mantener una correcta higiene, tener una dieta saludable y evitar consumo de tabaco o alcohol, con todo ello tendremos un peso adecuado; otra medida a tomar es elevar el cabecero lo cual evitar que haya reflujo nocturno.

Terapia escalonada

En pacientes que tengan acidez estomacal 2 – 3 veces por semana, se les indicará antiácido o alginato-antiácido una vez por semana, evitar comer muy tarde o de noche.

Manejo de la enfermedad por reflujo no erosiva. En los esquemas de mantenimiento propuestos, los puntos rojos indican la reaparición de los síntomas. Por ejemplo, en el esquema a demanda una vez que aparecen los síntomas, el tratamiento se da durante el tiempo que el paciente tiene síntomas (cuadros blancos); por otra parte, en el esquema intermitente la duración puede variar de 2 a 4 semanas, aun cuando los síntomas ya no estén presentes. En pacientes que presenten más de 2 – 3 veces por semana, se le indicará terapia empírica con inhibidor de ácido (IBP o H₂RA) y si no están disponibles, se puede usar un antiácido o alginato-antiácido.

En pacientes en los que el tratamiento con dosis completa de IBP falla, con o sin adyuvantes terapias, la terapia progresiva a un IBP dos veces al día podría ser efectiva. (25)

- Antiácidos, alginatos y protectores de la mucosa:

Los antiácidos van a neutralizar el reflujo ácido, actúa de forma rápida pero no tienen un efecto prolongado, tampoco regeneran la mucosa. Los alginatos van a conformar una parte viscosa en la parte alta del estómago, también neutralizan el ácido. La combinación de ellos ha demostrado ser más eficaces para el manejo de síntomas leves. Por parte de los protectores de la mucosa se unen a la mucosa del esófago formando una capa protectora para contrarrestar el ácido; el sucralfato este compuesto por sulfato de sacarosa e hidróxido de aluminio que de igual manera se adhiere a la mucosa y se ha demostrado ser muy eficaz en pacientes con esofagitis.

- Procinéticos

Estos elevan el tono del EEI, ayudando al aclaramiento esofágico y estimula al vaciamiento gástrico. Entonces se recomienda en pacientes con un lento vaciamiento gástrico o que presenten distrés postprandial.

- Inhibidores del reflujo gastroesofágico

Baclofeno, que es un agonista de los receptores GABA, se indica en casos refractarios a IBP; pero se limita porque da efectos secundarios sobre el SNC

manifestando mareos, náuseas, cefaleas, etc. Otros agonistas GABA como lesogaberán y arbaclofeno, tienen mejor tolerancia. Fármacos antagonistas de receptores de la dopamina 2 o de receptores cannabinoides 1 son aún preliminares y no se han incorporado a la práctica clínica.

- Antagonistas de los receptores de la histamina H2

A nivel de la célula parietal gástrica, bloquean esos receptores llevando a disminución de la secreción ácida, son efectivos para esofagitis, pero no son tan buenos como los IBP. Se indican 2 veces por día, si se administra más, no hay mayor mejoría. Da alivio de síntomas rápidos, es indicado cuando se requiere bajar las dosis de IBP y para aquellos pacientes que tengan molestias por las noches corroborado por pH-metría.

- Inhibidores de la bomba de protones

Actúan en las células parietales gástricas siendo más eficaces que los antagonistas de H2 para sintomatología en periodo corto, indicado para esofagitis, tratamiento de mantenimiento en personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo. Se ha demostrado que el esomeprazol es más eficaz en la esofagitis grave

Tratamiento Quirúrgico y endoscópico.

Los motivos principales por los cuales se decide optar por este tratamiento son por el incremento de la parte intra abdominal del esfínter esofágico inferior, e incremento de la presión en la unión gastroesofágica y cuando se tiene que reparar el hiato diafragmático; aun así no hay criterios definitivos. Hay respuesta favorable cuando se trata de ERGE erosiva, hernia de hiato, hipotonía de EEI, reflujo en las noches y cuando hay ausencia de enfermedad funcional coexistente.

La funduplicatura tipo Nissen laparoscópica es el gold standard mediante vía laparoscópica, donde se realiza una sección del ligamento freno esofágico en la parte posterior hasta exponer la crura diafragmática, luego en la unión gastroesofágica se mueve al espacio abdominal. Posterior a la cruroplastía, se realiza una funduplicatura de aproximadamente 2 – 3 cm tomando la cara

anterior del fondo, que desde la porción posterior del esófago conforma dos hemivalvas suturadas con 2 puntos en la cara anterior esofágica, sin tomar la parte muscular(10).

Nuevas técnicas quirúrgicas:

- Implante magnético en el esfínter esofágico inferior
- Estimulación eléctrica del esfínter esofágico inferior

Ansiedad generalizada

Este trastorno mental se caracteriza por preocupaciones excesivas con respecto a las actividades cotidianas, esto deteriora el bienestar de la persona, haciendo que tenga dificultad para concentrarse, fatiga, trastorno del sueño, irritabilidad, hiperactividad autónoma, expectación aprensiva y tensión muscular; estos eventos ocurren al menos durante seis meses(29).

Epidemiología

Este fenómeno es muy común en atención primaria, en Estados Unidos, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene una prevalencia 5,1%, en Europa se encontró un 3,4%;(30) y en estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental en Lima y Callao, se encontró un 9,9%.(31) TAG es muy frecuente en personas de edad avanzada con un inicio tardío en un 25% de los casos.(32) Con respecto al sexo, se encontró que en hombres se da en un 6% y en mujeres en un 7,1%(30).

Etiología y patogénesis

Hay factores biológicos como el genotipo SS de la parte polimórfica ligada al gen transportador de serotonina que resulta ser más frecuente en pacientes con TAG,(33) dos subtipos de descarboxilasa de ácido glutámico pueden aumentar la susceptibilidad individual a este fenómeno,(34) El equilibrio de las citocinas antiinflamatorias puede alterarse ya que hay un exceso de TNF-alfa e IFN-gamma y una deficiencia de IL-10(35).

Predictores de la incidencia de ansiedad probablemente estén relacionados con enfermedades físicas crónicas como respiratorias, metabólicas, cognitiva, respiratoria, con la pobreza, eventos adversos de la vida, disfunción familiar o eventos adversos de la vida(30).

Diagnóstico

Los criterios del DSM-5 incluyen: Excesiva ansiedad y preocupación por más de 6 meses sobre actividades, falta de control de dicha preocupación, presencia de síntomas (inquietud, fatiga, falta de concentración, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño), estos síntomas no deben estar asociados a efectos de ciertas sustancias o comorbilidades, esta condición produce afectación en el ámbito laboral, social, u otros debido a la angustia y no debe ser mejor explicada por otro trastorno mental(36).

Tratamiento

Las eficiencias para los trastornos de ansiedad generalizada incluyen intervenciones psicológicas como la terapia cognitivo-conductual y la relajación aplicada, y medicamentos que incluyen inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina e inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina(29).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Hipótesis General

La presencia de ansiedad (según escala de Hamilton) es un factor asociado a la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes que acuden al consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.

Hipótesis Específicas

- El 15% de pacientes con edades entre 20 a 60 años en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora, presentan Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.
- El 50% de pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico presentan ansiedad en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.
- Más de un 30% de los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico presentan sobrepeso/obesidad, una edad mayor a 35 años son de sexo femenino, y presentan comorbilidades como Hipertensión Arterial o Diabetes tipo 2.
- Los pacientes con diagnóstico de ERGE presentan en su mayoría un ingreso económico menor a 1000 soles y su estado civil casado o conviviente.

3.2 variables principales de investigación

Variable Dependiente:

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Variable Independiente:

- Ansiedad

Variable de control:

- Edad
- Sexo
- Estado nutricional
- Estado civil
- Ingreso económico

CAPÍTULO VI: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño de estudio

Este es un estudio de tipo transversal, observacional, analítico, cuantitativo y de estadística inferencial.

La presente investigación es transversal ya que se tomarán datos en un periodo determinado comprendido desde el 1 de Noviembre del 2019 al 31 Diciembre del 2019; observacional debido a que no se intervendrá ni se manipularán variables; analítico porque se demuestra la relación de ansiedad y ERGE; cuantitativo por el uso de estadísticas y la expresión numérica; también es de estadística inferencial por el empleo de pruebas de asociación estadística.

4.2 Población y muestra

Población:

Pacientes entre 20 a 60 años que acuden al servicio de consulta externa de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora entre el 1 de Noviembre y el 31 de Diciembre del año 2019.

Muestra:

Por datos de la Oficina de Estadística del Hospital María Auxiliadora, al año, se presentan aproximadamente 3000 pacientes con diagnóstico de ERGE en consulta externa del servicio de gastroenterología. De acuerdo a estudios previos, se estima que un aproximado del 50% presenta sintomatología ansiosa. Por ende, considerando un error tipo I del 5% y una precisión del 80%, se obtiene un tamaño muestral de 341 pacientes. El cálculo del tamaño muestral se realizó con ayuda del programa Epi Info v. 7.2.2.6 ®.

La selección de los participantes se realizará utilizando un muestreo no probabilístico, por conveniencia, en donde se incluirán de acuerdo a su llegada al servicio de consulta externa del mencionado nosocomio.

4.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos

Posterior a la aprobación del protocolo por las instancias correspondientes, se procedió a la selección de los pacientes que cumplieron criterios de inclusión en ambientes de consultorio externo durante turnos mañana o tarde. A todos los pacientes se les explicó los objetivos del presente estudio, así como sus riesgos y beneficios, posterior a ello, se les solicitó su participación mediante el llenado y la firma de un formato de consentimiento informado (Anexo 09).

En los pacientes que aceptaron participar, se empleó el Cuestionario GERDQ (Anexo 11), cuya confiabilidad es 90% de certeza para diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, el cual está validado internacionalmente(37). y evaluada por comisión de expertos en Perú (anexo 13) debido un estudio realizado(38). Por medio de este obtendremos puntajes de 0 a 2, el cual nos dirá que no hay probabilidades de tener ERGE, puntajes de 3-7 reflejarán que los pacientes tienen baja probabilidad y puntajes mayores o iguales a 8, serán interpretados como alta probabilidad de poseer esta patología.

A los pacientes que obtuvieron un puntaje mayor o igual a 8 (alta probabilidad de ERGE), se les aplicó la Escala de Ansiedad de Hamilton (anexo 12) que sirve para precisar los niveles de ansiedad en estas personas (39). Este instrumento consta de 14 ítems, donde 0-6 puntos significa que no hay ansiedad, de 7-14 puntos revela que hay ansiedad leve, de 15-25 nos muestra que hay ansiedad moderada y mayor a 26 puntos significa que hay ansiedad severa. En esta escala, las primeras 13 preguntas tratan de signos y síntomas ansiosos; en el último punto es acerca del comportamiento dado en la entrevista siendo esta escala validada internacionalmente (40).

Adicionalmente se llenó una ficha de recolección de datos (Anexo 10), donde se registró la información correspondiente a las variables de sexo, edad, ingresos económicos, estado civil y comorbilidades.

4.4 Procesamiento de datos y plan de análisis

La información alcanzada mediante los dos cuestionarios y la ficha de recolección de datos se procesó con ayuda del programa Microsoft Excel 2016®. Además de organizar la información en tablas y gráficos, luego se hizo la interpretación de lo obtenido. Se realizó estadística descriptiva para explicar la distribución de las variables de estudio.

Las variables cuantitativas se describieron mediante medianas (rango intercuartilar), mientras que las variables cualitativas se resumieron con porcentajes.

Para analizar la relación entre ansiedad y reflujo gastroesofágico (ERGE) se utilizó la prueba chi cuadrado y se realizó un análisis multivariado para estimar razones de prevalencia (RP) en un modelo crudo y ajustado (por variables sociodemográficas). El análisis multivariado se realizó mediante el uso de regresión de Poisson con varianza robusta. Se consideró estimaciones con intervalos de confianza del 95% y se determinó la significancia estadística con un valor $p < 0,05$.

4.5 Aspectos éticos de la investigación

Este estudio tiene que ser evaluado por el comité de ética del Hospital María Auxiliadora. Debido a que la información fue recolectada por medio de encuestas, se solicitó el consentimiento informado de los pacientes (Anexo 9), y así mismo, no se recolectó información que podría vulnerar la confidencialidad de datos personales de los participantes, por ende la participación fue de forma anónima.

El protocolo de investigación fue aprobado por la Universidad Ricardo Palma (Oficio N° 3966-2019-FMH-D. Anexo 01) y por el Comité de Ética en Investigación del Hospital María Auxiliadora (Constancia con código de inscripción: HMA/CIEI/0012. Anexo 3)

CAPÍTULO IV: ANALISIS Y RESULTADOS

Se encuestaron a 341 personas, 68,6% de sexo femenino, con una mediana de 48 (15) años. La mayoría de los participantes manifestaron ser convivientes en un 42,2% (144 pacientes), tener una mediana de ingreso económico de 950 (450) soles y tener sobrepeso en un 44% (150 pacientes) (Tabla 1).

Tabla 1. *Características socio-demográficas de los pacientes del de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.*

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	234	68,6%
Masculino	107	31,4%
Edad		
20-30 años	34	10,0%
31-40 años	59	17,3%
41-50 años	105	30,8%
51-60 años	143	41,9%
Estado Civil		
Soltero	81	23,8%
Casado	67	19,6%
Conviviente	144	42,2%
Separado	25	7,3%
Viudo	24	7,0%
Ingreso económico		
<1000	190	55,7%
1000-1500	112	32,8%
>1500	39	11,4%
Comorbilidades		
Diabetes tipo 2	50	14,7%
Hipertensión	71	20,8%
Estado nutricional		
Bajo peso	4	1,2%
Normal	130	38,1%
Sobrepeso	150	44,0%
Obesidad Grado I	54	15,8%
Obesidad Grado II	3	0,9%

Se encontró que 221 participantes (64,8%) con una alta probabilidad de ERGE, de acuerdo a los puntajes obtenidos en el cuestionario GERDQ (Tabla 2). Adicionalmente, al explorar las dimensiones del mencionado cuestionario, se evidenció que los pacientes que manifestaron presentar pirosis son 57,2% (195 pacientes), regurgitación en 71,3% (243 pacientes) y dolor retro-esternal en 78,8% (272 pacientes) (Tabla 3).

Tabla 2. *Presencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes del de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.*

		Frecuencia	Porcentaje
ERGE	Baja Probabilidad	120	35,2%
	Alta Probabilidad	221	64,8%
	Total	341	100%

Tabla 3. *Presencia de síntomas de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes del de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.*

Síntomas	ERGE*	
	Si	No
Pirosis	195(57,2%)	146 (42,8%)
Regurgitación	243 (71,3%)	98 (28,7%)
Dolor retro esternal	272 (79,8%)	69 (20,2%)
Nauseas	302 (88,6%)	38 (11,1%)
Alteración del sueño	201 (58,9%)	140 (41,1%)
Automedicación	149 (43,7%)	192 (56,3%)

**Porcentajes calculados en función a la totalidad de pacientes con alta probabilidad de ERGE*

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad ($p < 0,001$), estado nutricional ($p < 0,001$), Diabetes mellitus tipo 2 ($p = 0,037$) y la probabilidad de tener ERGE de acuerdo a la encuesta GERDQ (Tabla 4).

Tabla 4. *Relación entre factores sociodemográficos en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes del de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.*

Variable	ERGE		Valor p
	Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
Sexo			
Femenino	86 (36,7)	148 (63,3)	0,395
Masculino	34 (31,8)	73 (68,2)	
Edad			
20-30 años	20 (58,8)	14 (41,2)	0,001
31-40 años	34 (57,6)	25 (42,4)	
41-50 años	31 (29,5)	74 (70,5)	
51-60 años	35 (24,5)	108 (75,5)	
Estado Civil			
Soltero	36 (44,40)	45 (55,56)	0,075
Casado	17 (25,37)	50 (74,63)	
Conviviente	54 (37,50)	90 (62,50)	
Separado	8 (8,16)	17 (91,84)	
Viudo	5 (20,83)	19 (79,17)	
Ingreso económico			
<1000	58 (30,53)	132 (69,47)	0,066
1000-1500	43 (38,39)	69 (61,61)	
>1500	19 (48,72)	20 (51,28)	
Comorbilidades			
Diabetes tipo 2	11 (22,00)	39 (78,00)	0,037
Hipertensión	21 (29,58)	50 (70,42)	0,328
Estado nutricional			
Bajo peso	4 (100,0)	0 (0)	<0,001
Normal	50 (38,46)	80 (61,54)	
Sobrepeso	59 (39,33)	91 (60,67)	
Obesidad Grado I	6 (11,11)	48 (88,89)	
Obesidad Grado II	1 (33,33)	2 (66,67)	

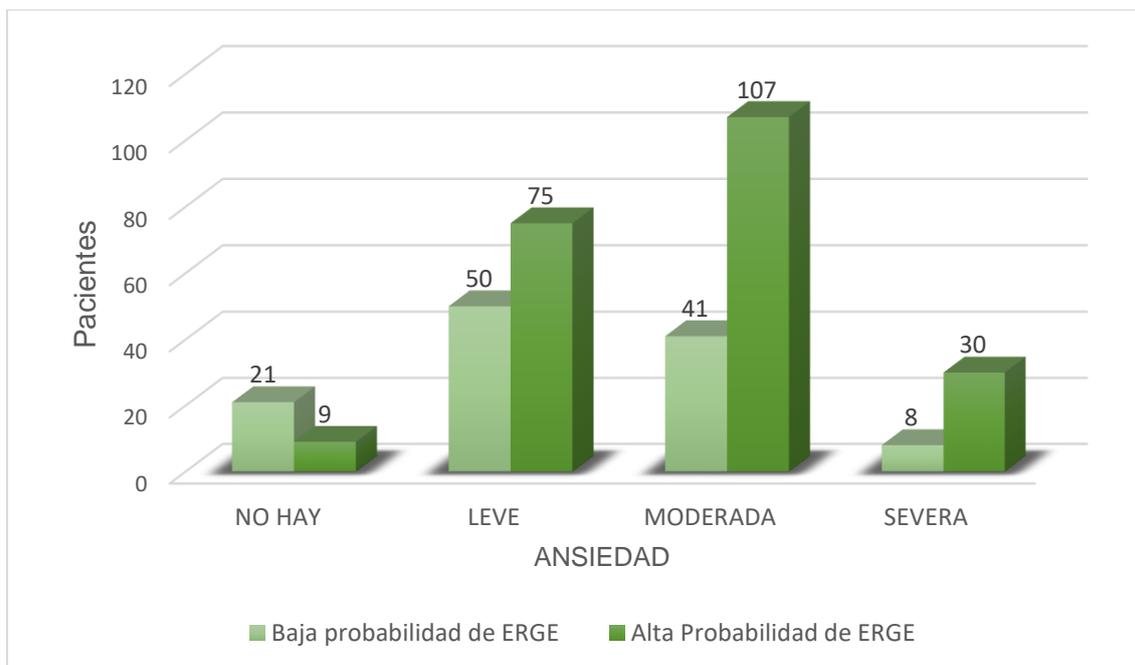
En 311 encuestados (91,2%) se evidenció la presencia de síntomas ansiosos. En 125 pacientes (36,6%) se encontró ansiedad leve; en 148 (43,4%), ansiedad moderada y en 38 (11,14%), ansiedad severa (Tabla 5).

Tabla 5. *Presencia de síntomas ansiosos en pacientes del de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.*

		Frecuencia	Porcentaje
ANSIEDAD	No hay	30	8,80%
	Leve	125	36,66%
	Moderada	148	43,40%
	Grave	38	11,14%
	Total	341	100%

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas ansiosos y la probabilidad de tener ERGE ($p < 0,001$), con un PR de 2,27 (IC95% 1,31 -3,95 -Tabla 8). Siendo 120 pacientes (35,19%) los que presentan baja probabilidad de ERGE y 221 pacientes (64,81%) quienes presentan una alta probabilidad de ERGE. (Grafico 1).

Grafico 1. Relación entre presencia de síntomas ansiosos y probabilidad de ERGE en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora durante los meses Noviembre – Diciembre del año 2019.



Tenemos que un 91,2% (311 pacientes) presentas ansiedad, de los cuales un 68,16% (212 pacientes) presenta alta probabilidad de tener ERGE; de este mismo grupo, la ansiedad moderada representa un 50,47% (107 pacientes) seguido de ansiedad severa, 14,15% (30 pacientes).

Tabla 6 – *Relación entre presencia de síntomas ansiosos y probabilidad de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.*

		ERGE		p
		Baja Probabilidad	Alta Probabilidad	
ANSIEDAD	No hay	21 (70)	9 (30)	<0,001
	Leve	50 (40)	75 (60)	
	Moderada	41 (28)	107 (72)	
	Severa	8 (21)	30 (79)	

Se encontró que la mayoría de pacientes que tiene Ansiedad presenta náuseas y dolor retroesternal, representados por 87,8% (273 pacientes) y 78,8% (245 pacientes) respectivamente. Seguidos del regurgitación en un 73,3% (228 pacientes).

Tabla 7 – Síntomas de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico con ansiedad en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.

Síntomas de ERGE	ERGE*				Valor p
	Alta probabilidad		Baja Probabilidad		
	Si	No	Si	No	
Pirosis	12 (40,0%)	18 (60,0%)	183 (58,8%)	128 (41,2%)	0,05
Regurgitación	15 (50,0%)	15 (50,0%)	228 (73,3%)	83 (26,7%)	0,01
Dolor retroesternal	27 (90,0%)	3 (10,0%)	245 (78,8%)	66 (21,2%)	0,23
Nauseas	29 (96,7%)	1 (3,3%)	273 (87,8%)	38 (12,2%)	0,22
Alteración del sueño	10 (33,3%)	20 (66,7%)	191 (61,4%)	120 (38,6%)	0,00

Podemos apreciar que la tabla demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre tener una edad mayor a 50 años o ansiedad y ERGE. En el caso del estado nutricional, si bien se observó una relación estadísticamente significativa, al recategorizar la variable entre personas con un estado nutricional normal y aquellas con sobrepeso u obesidad, se evidenció que no existía la mencionada relación.

Al realizar el modelo multivariado incluyendo solo a las variables con un valor $p < 0,2$ se encuentra que se mantiene la relación estadísticamente significativa entre edad mayor o igual a 50 años, y ansiedad.

Este estudio sugiere que la posibilidad de que la ansiedad este relacionada a una probabilidad aproximadamente 2 veces mayor a tener ERGE.

Adicionalmente, la edad mayor a 50 años se relaciona a una posibilidad de 1,25 veces más de tener ERGE.

Tabla 8- Modelo multivariado de relación entre ansiedad y ERGE.

Características	Modelo Crudo		Modelo Ajustado	
	PR (IC95%)	Valor p	PR (IC95%)	Valor p
Edad >= 50 años	1,32 (1,12-1,54)	<0,001	1,25 (1,07-1,46)	0,004
Casado o conviviente	1,06 (0,90-1,25)	0,455		
Ingreso económico >= 1000 soles	0,84 (0,72-1,00)	0,049	0,90 (0,77-1,06)	0,208
Obesidad o sobrepeso	1,14 (0,96-1,35)	0,123	1,12 (0,95-1,31)	0,185
Ansiedad	2,27 (1,31-3,95)	<0,001	2,22 (1,28-3,85)	0,004

PR: Razones de prevalencia; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una de las patologías digestivas más frecuentes y es uno de los principales motivos de consulta en gastroenterología(4), en el presente estudio se obtuvo que la mayor parte de los pacientes, representados en un 64.8% tienen alta probabilidad de presentar ERGE, resultado similar al estudio realizado por Turín y Bardales en Lima donde el 82.7% presenta esta patología (14) , por lo que el abordaje diagnóstico y terapéutico es relevante.

En nuestro País, en la ciudad de Chiclayo se encontró que la mayoría de personas con ERGE fueron mujeres en un 64.13%(3), por otro lado en el trabajo de Zatarain y colaboradores tuvieron como resultado que el sexo predominante fue el femenino(15), cifras similares se encontraron en el presente estudio, en el que este género también fue el más frecuente presentándose en el 68.2% de los pacientes con ERGE.

Se usó el cuestionario para la evaluación de ERGE y se encontró que el 75.5% de los pacientes entre 51 a 60 años presentaron alta probabilidad de ERGE, grupo etario que es más vulnerable, seguido de 70.5% entre 41 a 50 años, en contraste con el estudio realizado por Mayta donde en su mayoría los pacientes quienes también presentan síntomas gastrointestinales tienen entre 31 -50 años representan el 57% de su población. (13)

Según los resultados, el estado nutricional tiene una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con la probabilidad de tener ERGE, se observa que 91 pacientes (26.7%), siendo el mayor grupo con sobrepeso y alta probabilidad de ERGE; también observamos que 57 pacientes (16.7%) tienen obesidad Tipo I y II; en otro estudio realizado en Trujillo, se encuentra que el 45% de los pacientes con ERGE presentaron obesidad, siendo este un factor asociado a esofagitis por reflujo gastroesofágico con un odds ratio de 5.89 el cual fue significativo ($p < 0.05$)(41).

Se evidenció que la presencia de síntomas ansiosos en los pacientes con ERGE fue 91.2% en diferentes niveles, de forma leve en un 36.7%, moderada en un 43.4 y grave en un 11.4%, esta asociación es estadísticamente significativa con un PR de 2,27 (IC95% 1,31 -3,95; $p < 0,001$), resultado similar encontrado en el estudio de Saavedra donde se encuentra ansiedad leve y ERGE en un 33.3%(42).

En otro estudio donde se observó que el 50 pacientes (54%) tenían trastornos psicopatológicos incluido la ansiedad tuvieron ERGE; en adición a ello, se puede comparar con el estudio realizado por García donde los pacientes con síntomas gástricos presentaron ansiedad en un 14%.(43). Por otro lado, en un estudio realizado en China, se vio que el grupo de pacientes con ERGE no erosiva tuvo mayor puntuación sobre ansiedad con comparación el con el grupo control(17).

Estas manifestaciones de síntomas ansiosos pueden agravar el cuadro clínico de ERGE, ya que las alteraciones de los neurotransmisores dadas en la ansiedad podrían causar cambios como el aumento de secreción del ácido gástrico o modificación de la mucosa gástrica. Entonces podríamos decir que los trastornos psicológicos como ansiedad se correlacionan con la severidad de los síntomas en ERGE, por ello es fundamental tenerlo en cuenta para el abordaje terapéutico. Tenemos que tenerlo en cuenta ya estas dos patologías se reportan de manera concomitante no solo en adultos también en niños.(44)

Este estudio fue de tipo transversal no hubo componente de temporalidad. El cálculo de razones de prevalencia permitió una estimación inicial de la posibilidad de un efecto. Se usó cuestionarios para la recolección de datos y se asume un sesgo de memoria. Así mismo, se realizó una selección por conveniencia; por ende, las conclusiones de este estudio, no son generalizables a la población de estudio. Sin embargo, ante la falta de antecedentes locales similares, este estudio brinda información importante que puede ser utilizada como base para futuras investigaciones.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES:

- La ansiedad es un factor asociado a Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora durante los meses Noviembre a Diciembre del año 2019, con un PR de 2,27 (IC95% 1,31 -3,95; $p < 0,001$)
- Existe una alta probabilidad de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes con edades entre 20 a 60 años en pacientes en un 64.81% que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.
- Los pacientes que presentan síntomas ansiosos representan el 91.2 % en la consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.
- El perfil de los pacientes que acuden al consultorio externo de gastroenterología en el HMA corresponde al sexo femenino, grupo etareo entre 51 a 60 años, con sobrepeso además de comorbilidades como DM2 o HTA. De estos factores, solo la edad mayor de 50 años estuvo relacionado con ERGE (PR:1,32; IC95% 1,12-1,54; $p < 0,001$)
- No se evidenciaron diferencias significativas con relación a los factores sociodemográficos (ingreso económico y estado civil) en pacientes con diagnóstico de ERGE que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora

6.2 RECOMENDACIONES:

- En adición a la evaluación que normalmente se realiza en consultorio de gastroenterología, de acuerdo a cada paciente y según la sospecha clínica se debería realizar un tamizaje para el pronto diagnóstico del trastorno de ansiedad para seguir un tratamiento oportuno y eficaz con el fin de aminorar los síntomas; esto con la ayuda del servicio de psiquiatría; quienes podrían facilitar cuestionarios y así tener un mejor abordaje del cuadro que presenta el paciente.
- Se podría brindar charlas y dar consejería sobre ansiedad mediante transmisiones en vivo en las diferentes plataformas de redes sociales para concientizar a la población en general sobre ansiedad y como este influye en la enfermedad por reflujo gastroesofágico con el fin de prevenir este trastorno.
- También se sugiere elaborar charlas acerca de ERGE, como mejorar el estilo de vida y hábitos que nos ayudaran a tener buena salud, hacer hincapié de como tener una dieta saludable, advertir que el fumar o beber alcohol puede ser muy perjudicial. Es preocupante ver que hay un gran porcentaje de pacientes con sobrepeso y obesidad, se debe recomendar a realizar ejercicio físico como mínimo 150 minutos semanales.
- Insistir a la población que acuda al médico cuando tenga síntomas iniciales, no hacer caso omiso a estos, tomar cierta precaución con el objetivo de evitar el empeoramiento de la enfermedad y llegar a un diagnóstico temprano. En el caso de que sea una persona con edad entre 40-50 años, dependiendo de los antecedentes, se aconseja un despistaje endoscópico.
- Sería prudente hacer esta investigación en una población más joven y conocer la relación de estas dos patologías, que como se ha visto los síntomas ansiosos pueden empeorar los síntomas gastroesofágicos. Más aun ahora, teniendo en cuenta en el contexto en el cual nos encontramos,

la pandemia ha afectado de diferentes formas, es importante conocer cómo se encuentra la salud mental de nuestros pacientes, ya que por ello la incidencia de ansiedad ha podido incrementarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras Valentí P, Rozman C. Medicina Interna. 18a Edicion. Vol. Vol II. España: Elsevier; 79-81 p.
2. Salis G. Revisión sistemática: Epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica. Acta Gastroenterológica Latinoam. 2011;41:60-9. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199317366013>
3. 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. Rev Soc Peru Med Interna. 2010;23(4):133-9. Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v23n4/pdf/a02v23n4.pdf>
4. Ordóñez JSF, Marín JDM. Características de la disfagia en pacientes de un centro de gastroenterología en Bogotá D. C., Colombia. julio de 2018;33(4):372-8. 4. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.212>. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/212>
5. Páramo-Hernández DB, Albis R, Galiano MT, 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. 2016;31(4):10. DOI: <https://doi.org/10.22516/25007440.108>. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n4/v31n4a03.pdf>
6. Saldarriaga EAC, González EC, Fernández DYB. Factores asociados al absentismo laboral en los empleados de una institución de salud de Medellín. Colombia, 2016. Med Secur Trab. septiembre de 2017;63(249):311-8. DOI: Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2017000400311
7. Ramos EF, Cruz EM, Reyes VH, Casilimas CC, Torres HB, García JMC. Factors associated with the prevalence of gastroesophageal reflux disease in officials of a public university of Ibagué (Colombia). Salud Uninorte. julio de 2017;33(3):296-305. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522017000300296
8. Lozada-Montañez M, Paes J, James J, Blais F, Gibson A, Booth R, et al. Enfermedades relacionadas al estilo de vida en lima, Perú. Rev Fac Med

- Hum. 2017;17(2):32-44. DOI: 10.25176/RFMH.v17.n2.830 Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/830>
9. Álvarez OM, Ulloa B, Fernández J, Castellanos T, González JE. Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. *Medisan*. enero de 2010;14(4):511-8. DOI: 10.25176/RFMH.v17.n2.830 Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/830>
 10. Asociación Española de Gastroenterología. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.aegastro.es/publicaciones/documento-de-actualizacion-de-la-guia-de-practica-clinica-sobre-la-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-en-el-adulto/>
 11. Cantillo L de M, Sánchez JC, Contreras F, García LFC. Guía Práctica de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (ACCGED) para el manejo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE). 2. junio de 2014;44:16. Disponible en: <https://www.aegastro.es/publicaciones/documento-de-actualizacion-de-la-guia-de-practica-clinica-sobre-la-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-en-el-adulto/>
 12. Buenaño Nuñez A. Incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofagico y su relación con la obesidad, en pacientes de 40-50 años atendidos en el hospital provincial docente ambato periodo enero - abril 2016 [Internet] [Tesis de bachillerato]. [Ambato - Ecuador]: Universidad Regional Autónoma De Los Andes; 2017. Disponible en: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5443>
 13. Lozano BRM. Síndrome Ansioso Y Depresivo En Síndrome De Intestino Irritable En El Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Enero Del 2018 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad San Juan Bautista; 2018. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1556/T-TPMC-%20Bhenjy%20Raul%20%20Mayta%20Lozano.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Turín More CG, Robles Bardales CJ, Villar Salas AP, Mercado Tenorio JLH-. 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 Peru*. 30 de mayo de 2013;33(2):107-12. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n2/a02v33n2.pdf>
 15. Zatarain Valles A, Serrano Falcón B, Álvarez Sánchez Á, Rey Díaz-Rubio E. Independent factors associated with the impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Rev Esp Enfermedades Dig*. agosto de 2019;111:94-100. DOI: 10.17235/reed.2018.5752/2018 Disponible en: <https://online.reed.es/fichaArticulo.aspx?iarf=458568188646-996761832220>

16. Hartono JL, Mahadeva S, Goh K-L. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: Do differences exist? *J Dig Dis*. 2012;13(5):252-7. DOI: 10.1111/j.1751-2980.2012.00581.x Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1751-2980.2012.00581.x>
17. Yang X-J, Hong MJ, Hou X, Song J. Anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease and their effect on quality of life. *World J Gastroenterol*. 2015;21(14):4302. DOI: 10.3748/wjg.v21.i14.4302 Disponible en: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v21/i14/4302.htm>
18. Díaz de Liaño Á, Yáñez C, Artieda C, Flores L, Garde C, Romeo I, et al. Gastroesophageal reflux: prevalence of psychopathological disorders and quality of life implications. *Dis Esophagus*. 1 de octubre de 2006;19(5):373-6. DOI: 10.1111/j.1442-2050.2006.00597.x Disponible en: <https://academic.oup.com/dote/article/24/19765/Gastroesophageal>
19. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R, Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*. agosto de 2006;101(8):1900-20; quiz 1943. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16928254/>
20. Huerta-Iga FM, Tamayo-de la Cuesta JL, Noble-Lugo A, Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Carmona-Sánchez RI. Consenso mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Parte I. *Rev Gastroenterol México*. 1 de octubre de 2012;77(4):193-213. DOI: 10.1016/j.rgmx.2012.10.002 Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-enfermedad-por-reflujo-articulo-S0375090612001322>
21. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. marzo de 2013;108(3):308. DOI: 10.1038/ajg.2012.444 Disponible en: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2013/03000/Guidelines_for_the_Diagnosis_and_Management_of.6.aspx
22. Gautier A, Zalar A, Ducrotté P. Reflujo gastroesofágico. *EMC - Tratado Med*. 1 de marzo de 2016;20(1):1-11. DOI: 10.1016/S1636-5410(16)76379-3 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541016763793>
23. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. junio de 2014;63(6):871-80. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269 Disponible en: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4046948&blobtype=pdf>
24. Eusebi LH, Ratnakumaran R, Yuan Y, Solaymani-Dodaran M, Bazzoli F, Ford AC. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018;67(3):430-40. DOI: 10.1136/gutjnl-

2016-313589 Disponible en: <https://eprints.whiterose.ac.uk/113177/3/gutjnl-2016-313589R2%20CLEAN.pdf>

25. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: GERD Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51(6):467-78. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2007.05249.x Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28591069>
26. Richard Hunt, David Armstrong, Peter Katelaris, Mary Afihene, Abate Bane. Global Perspective on Gastroesophageal Reflux Disease. *J Clin Gastroenterol.* octubre de 2015;51(6):467-78. DOI: 10.1097 / MCG.0000000000000854 Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28591069/>
27. Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterol Latinoam.* julio de 2016;46(2):160-72. Disponible en: <http://www.actagastro.org/numeros-anteriores/2016/Vol-46-N2/Vol46N2-PDF17.pdf>
28. Morales Saavedra JL. Tratado de cirugía general - Asociación mexicana de cirugía general - Google Libros. Tercera edición. Vol. Cap. 125. Ciudad de México- México: Manual Moderno; 2017. 2340 p.
29. Hunsley J, Mash EJ. *A Guide to Assessments That Work.* 2° Edición. United States: Oxford University Press; 2018. 777 p.
30. Baldwin D, Stein M, Hermann R. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis - UpToDate [Internet]. 2018 [citado 28 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
31. Saavedra Castillo JE. Estudio epidemiológico de salud mental en lima metropolitana y Callao en 2012 [Internet]. Instituto Nacional De Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"; 2013 [citado 28 de septiembre de 2019] p. 210. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
32. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin M-L. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *J Affect Disord.* 1 de febrero de 2015;172(1):24-9. DOI: 10.1016/j.jad.2014.09.036 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714005904>

33. Jing-Song YJ, Sui-Yu H, Binglai C, Hong-Gen Z. Serotonin transporter and tryptophan hydroxylase gene polymorphisms in Chinese patients with generalized anxiety disorder. - PubMed - NCBI. *Psychiatr Genet.* marzo de 2015;15(1):7-11. DOI: 10.1097 / 00041444-200503000-00002 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15722951>
34. Donner J, Sipilä T, Ripatti S, Kananen L, Chen X, Kendler KS, et al. Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide y in anxiety susceptibility. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* abril de 2012;159B(3):316-27. DOI: 10.1002/ajmg.b.32029 Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/ajmg.b.32029>
35. Hou R, Garner M, Holmes C, Osmond C, Teeling J, Lau L, et al. Peripheral inflammatory cytokines and immune balance in Generalised Anxiety Disorder: Case-controlled study. *Brain Behav Immun.* mayo de 2017;62:212-8. DOI: 10.1016/j.bbi.2017.01.021 Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889159117300211>
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* [Internet]. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association; 2013 [citado 28 de septiembre de 2019]. 947 p. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
37. María MS, Jaramillo MA, Regino WO, Zuleta MAG. Validación del cuestionario de reflujo gastroesofágico “GERDQ” en una población colombiana. *Rev Col Gastroenterol.* junio de 2013;28(3):199-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcgv/v28n3/v28n3a04.pdf>
38. Muñoz Munguía A. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y calidad de vida en los pacientes del servicio de gastroenterología del “Hospital Nacional Sergio Bernales” de Octubre a Diciembre 2017. Lima, Perú. [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad San Juan Bautista; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/3950/POPAYAN%20VALVERDE%20YUNIOR%20TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* marzo de 1959;32(1):50-5. Disponible en: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>
40. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clínica.* 1 de enero de 2002;118(13):493-9. DOI: 10.1016/S0025-7753(02)72429-9 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775302724299>
41. Burgos Merejildo EH. Obesidad como factor asociado a esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes del hospital belén de Trujillo. [Internet]. [Trujillo -Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. Disponible en:

http://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_84934bf188011bb262b3df6972eb1887

42. Saavedra Ruiz YL. Relación entre los trastornos afectivos según tipo de enfermedad gastrointestinal en pacientes del Hospital Daniel Alcides Carrión en un trimestre 2018-2019 [Internet]. Universidad San Juan Bautista; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/5343/PALACIOS%20PINTADO%20MAESTRO%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Castellanos SG. Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. 2016;20. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/211102361.pdf>
44. Wu JC. Psychological Co-morbidity in Functional Gastrointestinal Disorders: Epidemiology, Mechanisms and Management. J Neurogastroenterol Motil. 31 de enero de 2012;18(1):13-8. DOI: 10.5056/jnm.2012.18.1.13 Disponible en: <http://www.jnmjournal.org/journal/view.html?doi=10.5056/jnm.2012.18.1.13>

ANEXOS

ANEXO N° 01. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.



Oficio N° 3966-2019-FMH-D

Lima, 18 de octubre de 2019

Señorita
TELLO CASTILLO NADIA ANELIF
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 17 de octubre de 2019.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,

Dr. Menandro Ortiz Pretel
Secretario Académico

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Central: 708-0000
Apartado postal 1801, Lima 33 - Perú Anexos: 6010
E-mail: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina Telefax: 708-0106

ANEXO N° 02. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS

Carta compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de tesis de estudiante de Medicina Humana: Nadia Anelif Tello Castillo

Me comprometo a:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Facultad de Medicina Humana- URP, capítulo V sobre el Proyecto de Tesis.
2. Respetar los lineamiento
- 3.
4. s y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis designado por ellos.
5. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis, Asesores y Jurados de Tesis.
6. Considerar **6 meses como tiempo máximo** para concluir en su totalidad la tesis, motivando a l estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
7. Cumplir los principios éticos que correspondan a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
8. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis .brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
9. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
10. Asesorar al estudiante para la presentación de su información ante el jurado del examen profesional.
11. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

ATENTAMENTE



DR. Yolanda Angulo Bazán

Lima, 15 de octubre de **2019**

ANEXO N° 03. CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS Y APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN POR EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Universalización de la Salud"

CONSTANCIA

El que suscribe, el **Presidente del Comité Institucional de Ética en la Investigación del Hospital María Auxiliadora**, **CERTIFICA** que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, Versión del 28 de octubre del presente; Titulado: **"ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2019"**; con Código Único de Inscripción: **HMA/CIEI/0012/2020**, presentado por la Investigadora: **Nadia Anelíf TELLO CASTILLO**; ha sido **REVISADA**.

Asimismo, concluyéndose con la **APROBACIÓN** expedida por el **Comité Institucional de Ética en Investigación**. No habiéndose encontrado objeciones de acuerdo con los estándares propuestos por el Hospital María Auxiliadora.

Esta aprobación tendrá **VIGENCIA** hasta el **20 de diciembre del 2021**. Los trámites para su renovación deben iniciarse por lo menos a 30 días hábiles previos a su fecha de vencimiento.

San Juan de Miraflores, 21 de Diciembre de 2020.

Atentamente,



M.C. Alberto Egulio Zolezzi Francis.
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Hospital María Auxiliadora

AEZF/mags.
c.c. Investigadora.
c.c. Archivo.

Av. Miguel Iglesias N° 968
San Juan de Miraflores
Central Teléf. 2171818

www.hma.gob.pe

EL PERÚ PRIMERO

ANEXO N°04. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos
FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

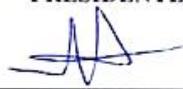
ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director/asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada "ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019", que presenta la Señorita NADIA ANELIF TELLO CASTILLO para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.

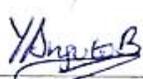
En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:


Dra. María Esther Alba Rodríguez
PRESIDENTE


Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
MIEMBRO


Dr. Pedro Herrera Fabián
MIEMBRO


Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DE TESIS


Dra. Yolanda Angulo Bazán
ASESORA DE TESIS

Lima, Perú - 2021

ANEXO N°05. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES DEL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA. HOSPITAL MARÍA
AUXILIADORA. NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2019

INFORME DE ORIGINALIDAD

10% INDICE DE SIMILITUD	10% FUENTES DE INTERNET	2% PUBLICACIONES	2% TRABAJOS DEL ESTUDIANTE
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	--------------------------------------

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de internet	2%
2	www.worldgastroenterology.org Fuente de internet	2%
3	es.scribd.com Fuente de internet	1%
4	www.aegastro.es Fuente de internet	1%
5	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de internet	1%
6	core.ac.uk Fuente de internet	1%
7	bmcgastroenterol.biomedcentral.com Fuente de internet	1%

ANEXO N° 06. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

**VI CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR
TESIS**

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

NADIA ANELIF TELLO CASTILLO

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis durante los meses de agosto, setiembre octubre, noviembre, diciembre del 2019, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

**“ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN
PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA NOVIEMBRE –
DICIEMBRE 2019”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 05 de diciembre de 2019



Dr. Jon De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana

ANEXO N° 07. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO
<p><u>Problema General:</u></p> <p>¿Es la presencia de ansiedad (según escala de Hamilton) es un factor asociado a la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes que acuden al consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora?</p>	<p>Analizar si la ansiedad es un factor asociado a Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes de 20 a 60 años que acuden al servicio de consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora durante los meses Noviembre – Diciembre del año 2019.</p>	<p><u>Hipótesis General:</u></p> <p>La presencia de ansiedad (según escala de Hamilton) es un factor asociado a la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes que acuden al consultorio externo de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.</p>	<p><u>Variable Dependiente:</u></p> <p>Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.</p> <p><u>Variable Independiente:</u></p>	<p>Estudio transversal prospectivo, observacional, analítico, cuantitativo y de estadística inferencial.</p>
<p><u>Problema Especificas:</u></p> <p>¿Cuántos pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico con edades entre 20 a 60 años en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora?</p>	<p>Estimar la existencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en pacientes con edades entre 20 a 60 años en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.</p>	<p><u>Hipótesis Especificas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El 15% de pacientes con edades entre 20 a 60 años en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora, presentan Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. 	<p>- Ansiedad</p> <p>- Estado civil</p> <p>- Ingreso económico</p>	
<p>¿Cuántos pacientes tienen ansiedad en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora?</p>	<p>Establecer la frecuencia de ansiedad en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El 50% de pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico presentan ansiedad en el servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora. 	<p><u>Variables de control</u></p> <p>- Edad</p> <p>- Sexo</p> <p>- Estado nutricional</p>	

<p>¿Cuál es la frecuencia de otros factores asociados a ERGE (estado nutricional, edad, sexo y comorbilidades) en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora?</p>	<p>Establecer la frecuencia de otros factores asociados a ERGE (estado nutricional, edad, sexo y comorbilidades) en pacientes que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Más de un 30% de los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico presentan sobrepeso/obesidad, una edad mayor a 35 años son de sexo femenino, y presentan comorbilidades como Hipertensión Arterial o Diabetes tipo 2. 		
<p>¿Cuáles son los factores sociodemográficos en pacientes con diagnóstico de ERGE que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora?</p>	<p>Determinar factores sociodemográficos (nivel educativo, ingreso económico, estado civil) en pacientes con diagnóstico de ERGE que acuden a consulta externa del servicio de gastroenterología del Hospital María Auxiliadora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con diagnóstico de ERGE presentan en su mayoría un nivel educativo secundaria completa con un ingreso económico menor a 3000 soles y u estado civil casado o conviviente. 		

ANEXO N° 08. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE: RELACIÓN Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
EDAD	Edad en años de los pacientes	Años cumplidos referidos por el paciente al momento de la encuesta.	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Número de años
SEXO	Características anatómicas que definen a los pacientes como hombre y mujer	Sexo del paciente referidos por el paciente al momento de la encuesta.	Nominal Dicotómica	Independiente Cualitativa	1. Femenino 2. Masculino
ESTADO NUTRICIONAL	Cantidad total de tejido graso que tiene el paciente.	Corresponde al peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado.	Ordinal Politómica	Independiente Cuantitativa	1. Peso normal. 2. Sobrepeso 3. Obesidad tipo I 4. Obesidad tipo II
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO	Una condición que ocurre cuando el reflujo del contenido gástrico provoca síntomas molestos o complicaciones.	Patología identificada mediante Cuestionario GERDQ	Ordinal Politómica	Dependiente Cualitativa	1. No hay ERGE 2. Baja probabilidad 3. Alta probabilidad
ANSIEDAD	Emoción natural que comprende las reacciones que tienen los seres humanos ante la amenaza de un resultado negativo o incierto (OMS).	Escala de ansiedad de Hamilton	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	1. No tienen ansiedad 2. Leve 3. Moderado 4. Severo

ESTADO CIVIL	Posición de un individuo de acuerdo a su registro civil, depende si tiene pareja a razón de su situación legal.	Referidos por el paciente al momento de la encuesta.	Nominal Politómica	Independiente Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Conviviente 4. Separado 5. Viudo
INGRESO ECONÓMICO	Cantidad de dinero que la persona percibe mensualmente	Referidos por el paciente al momento de la encuesta.	Nominal Politómica	Independiente Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de S/.1000 2. S/.1000-S/.1500 3. Más de S/.1500

ANEXO N° 09. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Esta encuesta se realiza con el propósito de recolectar información para una investigación titulada “ANSIEDAD Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA. OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2019” a cargo de Nadia Anelíf Tello Castillo, de la Universidad Ricardo Palma.

El llenado de este cuestionario le tomará aproximadamente 15 minutos, el cual es estrictamente de forma voluntaria donde se le pide responder con sinceridad todas las preguntas. Aquellos datos obtenidos se almacenarán de forma confidencial, por lo tanto tiene la seguridad de que no se utilice la información brindada para otros fines a parte de esta investigación.

Usted puede preguntar lo que le parezca necesario para aclarar cualquier duda en cualquier momento de la entrevista, también puede retirarse cuando desee ya que no es obligatorio y si alguna de las preguntas le parece impertinente, usted puede abstenerse a contestarla.

Le agradezco su atención.

Yo,

acepto participar en la investigación de Nadia Anelíf Tello Castillo.

(Fecha: ____/____/____)

Firma del participante

#Código

ANEXO N° 10. Ficha de recolección de Datos

Fecha: ___/___/___

Edad: _____ Género: Masculino Femenino

Peso: _____ Talla: _____

Estado Civil: Soltero Casado Conviviente Separado Viudo

Marque (X) si tiene alguna de estas enfermedades:

Diabetes Hipertensión Arterial Cáncer gástrico Cáncer esofágico

Marque (X) el ingreso económico que usted tiene al mes.

¿Cuánto es el ingreso económico que su familia tiene al mes?

S. / _____

ANEXO N° 11. Cuestionario GERDQ

Fecha: ___/___/___

Para la evaluación de la ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO

Marque (X) durante **cuantos días** en la última semana ha sentido los siguientes síntomas.

	Nunca	1 día	2-3 días	4-7 días
1. ¿Cuántos días ha tenido sensación de quemazón o ardor en el pecho?	0	1	2	3
2. ¿Cuántos días ha notado que el contenido del estómago le ha subido a la boca o garganta?	0	1	2	3
3. ¿Cuántos días ha tenido dolor en la boca del estómago?	3	2	1	0
4. ¿cuántos días ha tenido náuseas o ganas de vomitar?	3	2	1	0
5. ¿Cuántas noches ha tenido problemas para dormir a causa de tener ardores o regurgitación?	0	1	2	3
6. ¿Ha tomado alguna medicación para la pirosis o regurgitación a parte de lo indicado por el médico?	0	1	2	3

Interpretación del GERDQ:

Entre 0 - 2 puntos = No probabilidad de ERGE

Entre 3 - 7 puntos = Baja probabilidad de ERGE

Entre mayor a 8 puntos = Alta probabilidad de ERGE

ANEXO N° 12. Escala de valoración de Hamilton para Ansiedad

Fecha: ___/___/___

Definición		No tiene	Leve	Moderada	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Humor ansioso Preocupación, temores, inquietud, espera de lo peor, aprensión, irritabilidad.	0	1	2	3	4	
2	Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar.	0	1	2	3	4	
3	Miedos A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.	0	1	2	3	4	
4	Insomnio Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos.	0	1	2	3	4	
5	Funciones intelectuales Dificultad de concentración, mala memoria.	0	1	2	3	4	
6	Humor deprimido Falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día.	0	1	2	3	4	
7	Síntomas somáticos generales (Muscular) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura.	0	1	2	3	4	
8	Síntomas somáticos generales (Sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4	
9	Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco, extrasístoles.	0	1	2	3	4	
10	Síntomas respiratorios Peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire.	0	1	2	3	4	
11	Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento.	0	1	2	3	4	
12	Síntomas genitourinarios Amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia.	0	1	2	3	4	
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo Sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección.	0	1	2	3	4	
14	Comportamiento durante la entrevista Se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, aprieta los puños, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial, traga saliva, eructa, taquicardia en reposo, aumenta las respiraciones.	0	1	2	3	4	
TOTAL							

Interpretación:

0 – 6 puntos: No tienen Ansiedad

7 - 14 puntos: Ansiedad leve

15 - 25 puntos: Ansiedad moderada

26 a más puntos: Ansiedad severa

ANEXO N° 13. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS (CONSULTA DE EXPERTOS)

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento:
 1.5 Autor (a) del instrumento:

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre (variables).					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación (tipo de investigación)					95

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

92.5

Lugar y Fecha: Lima, __ Enero de 2018

MINISTERIO DE SALUD
RED S.J.M. - Y.M.T.
C.M.J. DANIEL A. CARRION
DR. FRANCISCO A. VALLENAS PEDEMONTA
CMP 20528

Firma del Experto Informante

D.N.I Nº07406196

Teléfono993850109

HOJA DE VALIDACION DE INSTRUMENTO POR EXPERTO

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Es suficiente

Opinión de aplicabilidad: Aplicable

Aplicable después de corregir ()

No aplicable ()

Lima, 3 de Noviembre del 2017

Apellidos y nombres del juez evaluador:

Karen Sánchez Erik

DN: 0619042

Especialidad del evaluador:

Genética


Karen Sánchez Erik
Genetista
CAMP 14123 RNE: 26332

FIRMA