



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Características clínico endoscópicas en pacientes con reflujo
gastroesofágico del Hospital Carlos Monge Medrano 2017 - 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Médico Cirujano**

AUTORA:

Bach. Canaza Condori, Lilia Lucero (ORCID: 0000-0002-5386-5900)

ASESOR:

Dr. Bazán Palomino, Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

PIURA – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

A mi madre Heliodora por su amor, esfuerzo, paciencia, apoyo incondicional y su confianza depositada en todos estos años.

A mi padre Emeterio por su paciencia y a mis hermanos por sus consejos y compañía.

A mi compañero de vida Tony por brindarme su apoyo y amor infinito.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la Virgen por ser mi guía, por cuidarme y permitir lograr mis objetivos.

A mis padres por su paciencia, por enseñarme a nunca rendirme y esforzarme para conseguir mis propósitos.

A la Universidad Cesar Vallejo, por permitirme concretar un objetivo anhelado y así continuar con este camino hermoso de la Medicina.

A la Carrera Académico Profesional de Medicina Humana y a mis docentes de pregrado e internando por sus conocimientos brindados durante mi formación académica.

Al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca por permitirme llevar a cabo este estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
PÁGINA DEL JURADO	¡Error! Marcador no definido.
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3. Población, muestra y muestreo	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Procedimientos	13
3.6. Método de análisis de datos	13
3.7. Aspectos éticos	13
IV. RESULTADOS	14
V. DISCUSIÓN.....	22
VI. CONCLUSIONES.....	24
VII. RECOMENDACIONES	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXOS	30

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínico endoscópicas de los pacientes con reflujo gastroesofágico del Hospital Carlos Monge Medrano 2017 - 2019

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se registraron 140 pacientes con reflujo gastroesofágico entre enero del 2019 y diciembre del 2019. Se estimaron frecuencias relativas para las variables cualitativas y promedios para las variables numéricas.

Resultados: La edad promedio fue 52.24 ± 16.67 años. Sexo masculino 57.86%. Procedencia rural 52.86%. De los 140 pacientes con ERGE el 42.1% tenía clasificación de los Ángeles grado A, 21.4% grado B, 7.1% grado C y 6.4% grado D. Tenían gastritis 48.57%, 42.14% con obesidad, 8.57% padecía de úlcera duodenal, 5.0% tenía diabetes mellitus, 4.28% consumo crónico de alcohol, 3.57% hernia hiatal concomitante y solo 0.71% tenía asma. La manifestación clínica más frecuente fue pirosis 71.42%, regurgitación 48.58%, carraspera 14.28%, dolor retroesternal 10.71%, disfagia 4.28% y tos u odinofagia 2.14%. Entre los hallazgos endoscópicos: mucosa erosiva 60.0%, mucosa exudativa 7.9% y mucosa hemorragia 0.7%. ERGE erosiva 72.9% y no erosiva 27.1%.

Conclusiones: La edad promedio fue 52.24 ± 16.67 años con predominio del sexo masculino y procedencia rural. Antecedentes de gastritis, obesidad y úlcera duodenal. Los síntomas más frecuentes fueron pirosis, regurgitación, carraspera y dolor retroesternal. Predominio de ERGE grado A y B. Hallazgos endoscópicos más frecuentes: mucosa erosiva y exudativa

Palabras clave: ERGE, Los Ángeles, clínica.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical endoscopic characteristics of patients with gastroesophageal reflux at Hospital Carlos Monge Medrano 2017 - 2019

Methodology: quantitative, descriptive, retrospective and cross-sectional study. 140 patients with gastroesophageal reflux were registered between January 2019 and December 2019. Relative frequencies were estimated for the qualitative variables and averages for the numerical variables.

Results: The average age was 52.24 ± 16.67 years. Male sex 57.86%. Rural origin 52.86%. Of the 140 patients with GERD, 42.1% had Los Angeles classification grade A, 21.4% grade B, 7.1% grade C and 6.4% grade D. 48.57% had gastritis, 42.14% with obesity, 8.57% had a duodenal ulcer, 5.0 % had diabetes mellitus, 4.28% had chronic alcohol consumption, 3.57% concomitant hiatal hernia and only 0.71% had asthma. The most frequent clinical manifestation was heartburn 71.42%, regurgitation 48.58%, hoarseness 14.28%, retrosternal pain 10.71%, dysphagia 4.28% and cough or odynophagia 2.14%. Among the endoscopic findings: erosive mucosa 60.0%, exudative mucosa 7.9% and hemorrhage mucosa 0.7%. GERD erosive 72.9% and non-erosive 27.1%.

Conclusions: The average age was 52.24 ± 16.67 years with a predominance of males and rural origin. History of gastritis, obesity, and duodenal ulcer. The most frequent symptoms were heartburn, regurgitation, hoarseness, and retrosternal pain. Prevalence of GERD grade A and B. Most frequent endoscopic findings: erosive and exudative mucosa

Keywords: GERD, Los Angeles, clinic.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno gastrointestinal crónico caracterizado por la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago (1). Se estima que tiene una prevalencia del 20% en EE.UU. lo que genera una carga económica importante en costos directos e indirectos y afecta negativamente la calidad de vida (2). A nivel de Sur América se describe una prevalencia cercana al 23.1% (2).

La ERGE es causada por múltiples mecanismos diferentes que pueden ser intrínsecos, estructurales o ambos, lo que conduce a la ruptura de la barrera de la unión esofagogástrica que da como resultado la exposición del esófago a contenidos gástricos ácidos (3). Clínicamente, se manifiesta con síntomas de acidez y regurgitación. También puede presentarse de forma atípica con síntomas extraesofágicos como dolor torácico, erosiones dentales, tos crónica, laringitis o asma. Según el aspecto endoscópico e histopatológico, la ERGE se clasifica en tres fenotipos diferentes: enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE), esofagitis erosiva (EE) y esófago de Barrett (BE). Para mejorar su calidad de vida, los pacientes con ERGE buscan medicamentos alternativos para reducir la frecuencia y la gravedad de los síntomas del reflujo, como pirosis y eructos (4).

La ERGE tiene diversas complicaciones como la estenosis esofágica, esofagitis erosiva y esófago de Barret, siendo esta la única complicación con riesgo de malignidad y llevar a un cáncer de esófago. Además, esta patología conlleva a una notoria repercusión en la calidad de vida del paciente, una conducta similar a una enfermedad de periodo crónico laboral, y disminución en el rendimiento en el área de trabajo. Asimismo, tiene una prevalencia distinta en cada lugar de la esfera nacional y mundial, debido a diferentes estilos de vida adoptados en cada población (5).

Ante la problemática descrita nos planteamos la siguiente pregunta, ¿Cuáles son las características clínico endoscópicas de los pacientes con reflujo gastroesofágico del Hospital Carlos Monge Medrano en los años 2017 a 2019?

Siendo la ERGE una patología con alta prevalencia que se evidencia tanto en el primer como en el segundo nivel de atención, y existiendo una inquietud en torno a la salud pública, sobre el impacto que ejerce sobre la calidad de vida de aquellos que la padecen, y habiendo, muchos de ellos que no cuentan con la terapéutica correcta, el diagnóstico oportuno de la patología, y el elevado costo que conlleva el tratamiento del mismo, además del corto alcance aun monitoreo periódico que han de llevar estos pacientes.

Sabiendo que el diagnóstico de la enfermedad en estadios iniciales contribuye con el control de síntomas y la prevención de complicaciones, evitando o disminuyendo de manera significativa los efectos negativos a nivel económico, social y la calidad de vida en estos pacientes, consideramos que es importante llevar a cabo esta investigación. Además, en nuestro medio no se cuenta con la ph-metria de 24 horas, por lo que, la evaluación por endoscopia alta permite visualizar el estado de la mucosa y dar un diagnóstico y tratamiento adecuado. Para lo tanto, nos enfocaremos en la revisión de los informes de las endoscopias y su conclusión.

Con este estudio se busca conocer en la ciudad Juliaca, cual es realmente la situación de los pacientes con reflujo gastroesofágico y cuán importante es diagnosticarla a tiempo. Además, tendrá una utilidad metodológica ya que podrían realizarse futuras investigaciones que utilizaran metodologías compatibles, de manera que se posibilitaran análisis conjuntos, comparaciones entre periodos temporales concretos y evaluaciones de las intervenciones que se estuvieran llevando a cabo para la prevención del ERGE. La investigación es viable pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Por lo tanto, nuestra investigación tiene como objetivo principal determinar las características clínico endoscópicas de los pacientes con reflujo gastroesofágico del Hospital Carlos Monge Medrano en los años 2017 a 2019. Para la obtención del objetivo principal no apoyaremos en:

1. Describir las principales características epidemiológicas de los pacientes con reflujo esofágico.
2. Describir las principales características clínicas del reflujo gastroesofágico.

3. Describir las principales características endoscópicas del reflujo gastroesofágico.

II. MARCO TEÓRICO

Liu L, et al. 2019. El presente estudio tuvo como objetivo investigar la relación entre la gravedad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) según la clasificación de Los Ángeles (LA) y la motilidad esofágica mediante manometría de alta resolución (HRM) y monitorización del pH esofágico de 24 horas. Se examinaron 124 pacientes con ERGE desde enero de 2016 a junio de 2018. La clasificación LA de cada paciente se determinó por endoscopia. La HRM se realizó mediante el método de infusión de agua intraluminal. El estudio de monitorización del pH de 24 horas reveló que los pacientes clasificados como con ERGE de grado C o D tenían un pH esofágico <4.0 durante más tiempo que aquellos con ERGE de grado O, A o B. Se encontraron resultados similares con respecto a la duración del evento de reflujo más prolongado, el número de episodios de reflujo de más de 5 minutos y el número de episodios de reflujo. Los pacientes con esofagitis de grado superior tenían puntuaciones De Meester más altas, lo que sugiere una mayor exposición al ácido esofágico (6).

Kasyap A, et al. 2018. El objetivo del estudio fue identificar las características clínicas y los factores de riesgo de la esofagitis por reflujo asintomática en adultos nepaleses. Se recopilaron datos de 142 pacientes con diagnóstico de esofagitis erosivas que se habían sometido a una endoscopia en el Bir Hospital de Katmandú. Se utilizó la clasificación de Los Ángeles para calificar la gravedad de la enfermedad. Los pacientes fueron entrevistados para conocer la presencia de varios síntomas de reflujo. Según la clasificación de Los Ángeles, la gravedad de la enfermedad evaluada fue; grado A 31,8% (31/142), grado B 39,4% (56/142), grado C 33,8% (48/142) y grado D 4,9% (7/142). Ciento veintiséis (88,7%) sujetos tenían síntomas de reflujo. La prevalencia de esofagitis asintomática fue de 16 (11,3%). La edad se relacionó de forma independiente con la esofagitis asintomática ($P < 0,05$), y la probabilidad de ser asintomático pareció menor en los adultos más jóvenes ($P < 0,05$; OR: 0,118; IC: 0,014-0.994) (7).

Miftahussurur M, et al. 2018. Se analizó la prevalencia de ERGE y los factores de riesgo en un área de Indonesia con baja prevalencia de infección por H. pylori. Se

incluyó a 104 pacientes dispépticos que se sometieron a endoscopia en Surabaya. Los pacientes fueron diagnosticados con ERGE según la clasificación de Los Ángeles. De 104 pacientes, se encontró endoscópicamente a 56 (53,8%) con ERGE, y la mayoría se clasificó como grado A; 48 (46,2%) fueron clasificados como no ERGE. Un estatus económico más alto, el tabaquismo y un historial de uso de inhibidores de la bomba de protones aumentaron significativamente el riesgo de ERGE. Se encontró una asociación entre la gastritis atrófica antral y la ERGE ($P=0,030$), y los pacientes con ERGE tenían con más frecuencia atrofia antral grave que la enfermedad por reflujo no erosiva ($P=0,018$) (8).

Tong M. 2018. El estudio tuvo como objetivo valorar la frecuencia de síntomas y medidas terapéuticas en pacientes con esofagitis erosiva (EE) por ERGE atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. Se registraron 151 que cumplieron los criterios de inclusión. Se observó que la frecuencia de EE en pacientes con ERGE fue 27.1%. Los pacientes 20 a 59 años fueron los más afectados, la edad promedio fue 48.5 años; 55,7% eran varones. El 85,5% tenía la enfermedad por menos de doce meses. El reflujo, dolor torácico y pirosis fueron los síntomas más prevalentes. Esofagitis erosiva (100,00%) y esofagitis eritematosa (44,37%). En la Clasificación de Los Ángeles, el 59,60% de pacientes se tipifican en el Grado A (9).

Chen J, et al. 2017. Este estudio tuvo como objetivo investigar si los pacientes con ERGE con diferentes tiempos de síntomas de reflujo tienen diferentes características clínicas. Se incluyó de manera prospectiva a individuos que se sometieron a una endoscopia gastrointestinal superior, cada participante completó todos los cuestionarios, incluido el Cuestionario sobre la enfermedad por reflujo, el Cuestionario sobre la ERGE nocturna, el Índice de calidad del sueño de Pittsburg, el Cuestionario sobre la depresión en Taiwán y el Inventario de ansiedad por rasgos del estado. Se inscribieron un total de 2604 participantes, de ellos, 651 pacientes sintomáticos con ERGE, de acuerdo con la puntuación del Cuestionario de Enfermedad por Reflujo, fueron reclutados para el análisis final. De ellos, 224 (34,4%) tenían esofagitis erosiva en la endoscopia. Según el momento de los síntomas de reflujo, 184 (28,3%) fueron asignados al grupo de reflujo diurno, 71

(10,9%) al grupo de reflujo nocturno y 396 (60,8%) al grupo de reflujo combinado (10).

Paramo D, et al. 2017. El objetivo del estudio fue cuantificar la frecuencia de las manifestaciones clínicas en adultos con ERGE de cuatro principales ciudades en Colombia, además buscó asociación entre las variables sociodemográficas y antropométricas con el desarrollo de la enfermedad. Se enlistaron 6842 pacientes entre 18 – 80 años. La prevalencia de pirosis fue 13,7% (IC 95%: 12,6-14,7); regurgitación 16,9% (IC 95%: 15,5-18,0); epigastralgia, 16,7% (IC 95%: 15,6-17,7); náuseas, 11,4% (IC 95%: 10,5-12,4); dificultad para dormir 8,17% (IC 95%: 7,4-9,0). El sexo femenino y el presentar una comorbilidad se asociaron estadísticamente con la presencia de reflujo (11).

Fujiwara Y. 2016. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia y características clínicas de ERGE en la población japonesa. Más de la mitad de los pacientes con ERGE tenían ERGE no erosiva, y la mayoría (87%) de la ERGE erosiva era esofagitis leve, como grados A y B de Los Ángeles. Había varios factores de riesgo identificados para ERGE, como edad avanzada, obesidad, hernia de hiato, atrofia gástrica leve y ausencia de infección por H. pylori (12).

Jung S, et al. 2014. Este estudio fue diseñado para investigar los factores de riesgo relacionados con la esofagitis erosiva asintomática y la historia natural de los hallazgos endoscópicos y los síntomas relacionados con el reflujo en sujetos con esofagitis erosiva asintomática. De forma retrospectiva, se recopilaron datos de pacientes con esofagitis erosiva (clasificación de Los Ángeles) que se habían sometido a seguimiento endoscópico en el Hospital St. Vincent. Se investigaron los datos de 313 sujetos con esofagitis erosiva: la mayoría de los pacientes presentaban esofagitis leve (grado A o B, clasificación de Los Ángeles); 198 (63,3%) tenían síntomas de reflujo y 115 (36,7%) carecían de síntomas típicos o atípicos. La esofagitis erosiva asintomática se asoció con no fumar (OR 2,4; IC del 95%, 1,4-3,9) e índice de masa corporal bajo (OR 1,5; IC del 95%, 1,0-2,4), mientras que el 26% de los sujetos tenían síntomas recurrentes relacionados con el reflujo (13).

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno gastrointestinal crónico caracterizado por la regurgitación del contenido gástrico hacia el esófago (1). Se estima que tiene una prevalencia del 20% en EE.UU. lo que genera una carga económica importante en costos directos e indirectos y afecta negativamente la calidad de vida. El costo de manejar una enfermedad de esta prevalencia es sustancial, con estimaciones de costos directos e indirectos que superan los \$ 14 mil millones en EE.UU. (2). Se ha sugerido que varios factores desempeñan un papel en la fisiopatología de la ERGE, incluidos factores intraabdominales, falla de la barrera antirreflejo y factores intratorácicos. Una presión basal del esfínter esofágico inferior (EEI) muy baja se ha implicado como un mecanismo importante en fisiopatología de la ERGE (14).

Se ha observado que la presencia de hernia hiatal separa el EEI del diafragma crural, disminuyendo la capacidad de la unión gastroesofágica para prevenir el reflujo. En una revisión sistémica, se ha informado que la prevalencia de hernia hiatal en sujetos con asma es cercana al 50%. Los agonistas beta (2) adrenérgicos inhalados (como el salbutamol) pueden disminuir el tono del EEI, aumentando así el riesgo de ERGE (15).

El reflujo contiene principalmente ácido y partículas de alimentos, sin embargo, también pueden estar presentes otros componentes, como pepsina, líquidos duodenales con jugos pancreáticos y bilis, lo cual aumenta el riesgo de esofagitis (16). Después de un episodio de reflujo, la peristalsis primaria o inducida por deglución afecta el aclaramiento del volumen y ayuda a que la saliva deglutida llegue al esófago distal para neutralizar el ácido (17). Debido a que dormir inhibe la deglución, la peristalsis secundaria o inducida por distensión puede ser más importante durante la noche como mecanismo de protección de reflujo.

Los otorrinolaringólogos también sospechan reflujo gastroesofágico sobre la base de hallazgos laríngeos como eritema y apariencia de adoquines. Estas observaciones han proporcionado la justificación para el uso de medicamentos reductores de ácido en niños con reflujo supraesofágico (18). La esofagitis también se asocia con frecuencia con alergias alimentarias en niños, siendo la esofagitis

eosinofílica (EE) una manifestación común (19). La EE puede estar asociada con engrosamiento del esófago, acortamiento y disminución de la elasticidad, así como alteración de la motilidad, de hecho, la EE es una causa bien reconocida de dismotilidad esofágica y puede presentarse con disfagia, incluso más que la ERGE (20). Los pacientes con EE son más propensos a tener asma, eccema, alergia alimentaria mediada por IgE, rinitis crónica y alergias ambientales (21).

La ERGE tiene un amplio espectro de presentaciones clínicas basadas en síntomas y lesiones que pueden manifestarse por separado o en combinación. La evaluación de los síntomas es clave para el diagnóstico de ERGE, particularmente en la evaluación de la efectividad de la terapia (22). La acidez y la regurgitación son los síntomas más comunes, pero pueden ocurrir síntomas atípicos de ERGE, con o sin los síntomas comunes. Los síntomas atípicos pueden incluir dolor epigástrico o dolor torácico que puede simular dolor cardíaco isquémico, así como tos y otros síntomas respiratorios que pueden simular asma u otros trastornos respiratorios o laríngeos (23). También puede ocurrir disfagia. Una minoría de pacientes con ERGE tiene múltiples síntomas inexplicables, que pueden estar asociados con angustia psicológica (24). Algunas de las complicaciones extraesofágicas más comunes de la ERGE incluyen neumonía por aspiración, asma inducida por reflujo, síndrome de tos por reflujo y laringitis. Se ha demostrado que el asma, la tos crónica y la laringitis tienen una correlación directa con la ERGE, mientras que las neumonías por aspiración suelen ser multifactoriales (25).

Los criterios clínicos, endoscópicos y de pH-metría proporcionan una caracterización completa de la enfermedad, aunque generalmente no se requieren investigaciones para establecer un diagnóstico de ERGE, con la salvedad de que la probabilidad de ERGE antes de la prueba varía marcadamente entre regiones geográficas, la presencia, gravedad y frecuencia de pirosis, regurgitación y características de alarma; también se deben buscar síntomas atípicos esofágicos, pulmonares, otorrinolaringológicos y orales (26). En este punto, es importante descartar otros diagnósticos, particularmente el cáncer gástrico y la enfermedad ulcerosa, especialmente en áreas en las que estos son más prevalentes, también

es importante considerar otros diagnósticos no gastrointestinales, especialmente la cardiopatía isquémica (27).

El diagnóstico de ERGE se basa únicamente en la presentación de síntomas o en combinación con otros factores como la capacidad de respuesta a la terapia antisecretora, la esofagogastroduodenoscopia y la monitorización ambulatoria del reflujo (28). La ERGE se puede diagnosticar presuntamente en la mayoría de los pacientes que presentan síntomas típicos de pirosis y regurgitación. A menos que no haya síntomas de alarma asociados que incluyan disfagia, odinofagia, anemia, pérdida de peso y hematemesis, la mayoría de los pacientes pueden iniciar el tratamiento médico empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) sin más investigaciones con una respuesta al tratamiento que confirme el diagnóstico de ERGE (29).

Los pacientes que presentan síntomas típicos de ERGE asociados con cualquiera de los síntomas de alarma deben ser evaluados con una endoscopia alta para descartar complicaciones de la ERGE, estos incluyen esofagitis erosiva, esófago de Barrett, estenosis esofágica y adenocarcinoma esofágico o descartar enfermedad ulcerosa péptica (30). Las biopsias esofágicas distales no se recomiendan de forma rutinaria para hacer un diagnóstico de ERGE según las directrices actuales del Colegio Americano de Gastroenterología (ACG) (31).

El pilar actual del tratamiento de la ERGE se centra en la reducción del ácido a través de medicamentos, sin embargo, varios ensayos publicados han apoyado la premisa de que la cirugía da como resultado una resolución de los síntomas similar a la terapia médica (32). En un estudio reciente que comparó la terapia médica con la quirúrgica en 301 pacientes, no hubo una mejora significativa en las puntuaciones de calidad de vida. En el ensayo LOTUS (Long-Term Usage of Esomeprazole versus Surgery), uno de los ensayos aleatorizados prospectivos más grandes, se asignó al azar a 554 pacientes con ERGE documentada para recibir esomeprazol (20-40 mg/d) o cirugía laparoscópica antirreflujo, la conclusión de este ensayo multicéntrico fue que las terapias antirreflujo tanto médicas como quirúrgicas hacen

que la mayoría de los pacientes permanezcan en remisión de los síntomas a los 5 años (33).

Se ha demostrado que el uso a largo plazo de inhibidores de la bomba de protones aumenta el riesgo de fracturas de cadera, neumonía extrahospitalaria, diarrea e interacciones medicamentosas, especialmente en pacientes que toman clopidogrel (34). Los pacientes con ERGE refractaria a pesar de la terapia con inhibidores de la bomba de protones en dosis altas permanecen un dilema de tratamiento, y está indicado un estudio de pH para aclarar si los síntomas están relacionados con el reflujo ácido. Los pacientes con pirosis refractaria deben someterse a una monitorización del pH por impedancia mientras reciben terapia supresora de ácido para aclarar mejor la relación entre los síntomas y el reflujo ácido o no ácido (35). Los pacientes con reflujo ácido o no ácido que fracasa o no responde a la terapia médica pueden beneficiarse de una operación antirreflujo, desafortunadamente, a diferencia del reflujo ácido para el que existe una terapia médica eficaz, las opciones son limitadas para los pacientes con reflujo no ácido.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y transversal.

3.2. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
Reflujo gastroesofágico	Condición médica en la cual el contenido de la cámara gástrica asciende por el esófago.	Condición médica en la cual el contenido de la cámara gástrica asciende por el esófago según historia clínica	CIE 10: K21	Cualitativa nominal
Características Epidemiológicas	Rasgos o cualidades de la persona, que pueden tener mayor o menor probabilidad de padecer una enfermedad	Rasgos o cualidades de la persona anotados en la historia clínica.	Edad: _____ años	Cuantitativa discreta
			Sexo: • Masculino • Femenino	Cualitativa Nominal
			Procedencia • Rural • Urbano	
			Antecedentes • Diabetes • Asma • Hernia hiatal • Gastritis • Consumo de tabaco • Consumo de alcohol • Obesidad	
Tiempo de enfermedad	Cantidad de días desde la presentación del primer síntoma hasta la resolución de la misma.	Cantidad de días según historia clínica	_____ meses	Cuantitativa discreta
Características Clínicas	Manifestaciones clínicas que presenta un paciente frente a una determinada enfermedad.	Manifestaciones clínicas anotadas en la historia clínica.	Pirosis Dolor retro esternal Tos Regurgitación Disfagia Odinofagia Ronquera o carraspera Otros	Cualitativa Nominal
Características Endoscópicas	Descripción de los hallazgos durante endoscopia alta	Descripción de los hallazgos durante endoscopia alta según historia clínica	Mucosa • Normal • Eritematosa • Pálida	Cualitativa Nominal

			<ul style="list-style-type: none"> • Ulcerada • Exudativa • Hemorrágica 	
			Clasificación Los Ángeles <ul style="list-style-type: none"> • Grado A • Grado B • Grado C • Grado D 	
			Tipo de ERGE <ul style="list-style-type: none"> • Erosiva • No erosiva 	

3.3. Población, muestra y muestreo

La población de estudio fue la totalidad de pacientes con sospecha de reflujo gastroesofágico atendidos en el Hospital Carlos Monge Medrano de enero del 2017 a diciembre del 2019. El tamaño muestral se definió por el universo de la muestra. Según informes de estadística del servicio de gastroenterología, durante la fecha de estudio, se registraron 140 endoscopias, por lo tanto, la muestra final estuvo conformada por 140 pacientes.

Criterios de inclusión

Historias clínicas de pacientes con reflujo gastroesofágico con estudio de endoscopia.

Criterios de exclusión

Historias clínicas de pacientes con endoscopia alta por sospecha de enfermedad distinta al reflujo gastroesofágico.

Historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó endoscopia de seguimiento.

Historias clínicas con datos incompletos.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: análisis documental.

Instrumento: para la recolección de datos se creó una ficha de recolección de datos (anexo 1). Dicha ficha permitió recopilar información sobre las características

epidemiológicas, clínicas y endoscópicas (anexo 2: Clasificación de los Ángeles) de los pacientes que ingresaron al estudio.

3.5. Procedimientos

Se presentó el anteproyecto al comité revisor de UCV, con la aprobación, enviamos una carta de presentación al director del hospital solicitando el acceso a las historias clínicas de los pacientes seleccionados, con la autorización de dirección nos acercamos al archivo del hospital en busca de las historias clínicas preseleccionadas según servicio de gastroenterología. Para el llenado de fichas se utilizó la técnica de vaciado de información.

3.6. Método de análisis de datos

Toda la información recopilada se ingresó a una base de datos en SPSS® a la cual se le aplicó control de calidad. Para el análisis descriptivo de las variables categóricas se utilizó frecuencias y porcentajes y para las variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar.

3.7. Aspectos éticos

Fue no experimental y retrospectivo, limitado a la recolección de datos de las historias clínicas no existió exposición a riesgos ni para los pacientes ni para los investigadores. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación de los pacientes evitando recolectar datos personales no relacionados con el desarrollo de los objetivos. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.

IV. RESULTADOS

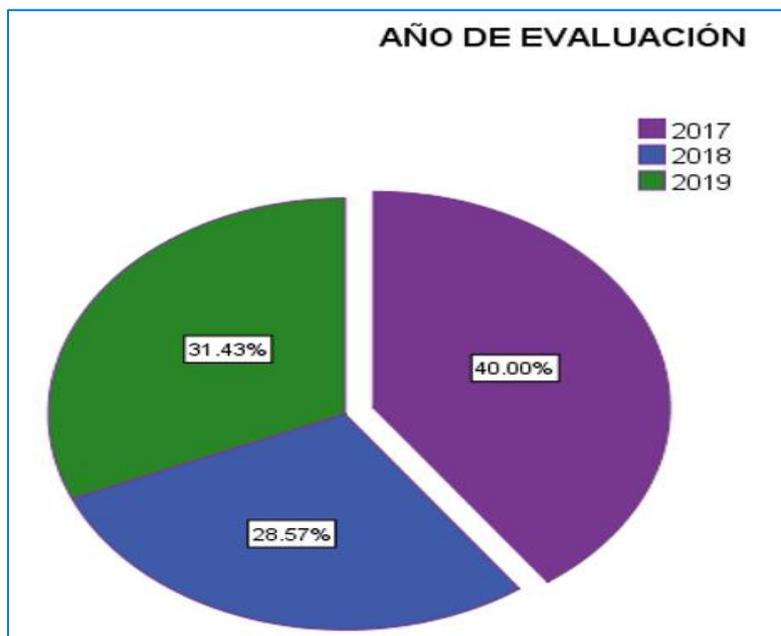
Tabla N° 01: **Distribución de los pacientes con ERGE según clasificación de Los Ángeles. Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019.**

		ERGE N=140	
		Recuento	%
CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES	GRADO A	59	42.1%
	GRADO B	30	21.4%
	GRADO C	10	7.1%
	GRADO D	9	6.4%
	SIN CLASIFICAR	32	22.9%

La tabla muestra que 42.1% de los pacientes atendidos tenía reflujo gastroesofágico grado A según clasificación de Los Ángeles, 21.4% grado B, 7.1% grado C y 6.4% grado D. Sin embargo, hubo un 22.9% que no presentó descripción.

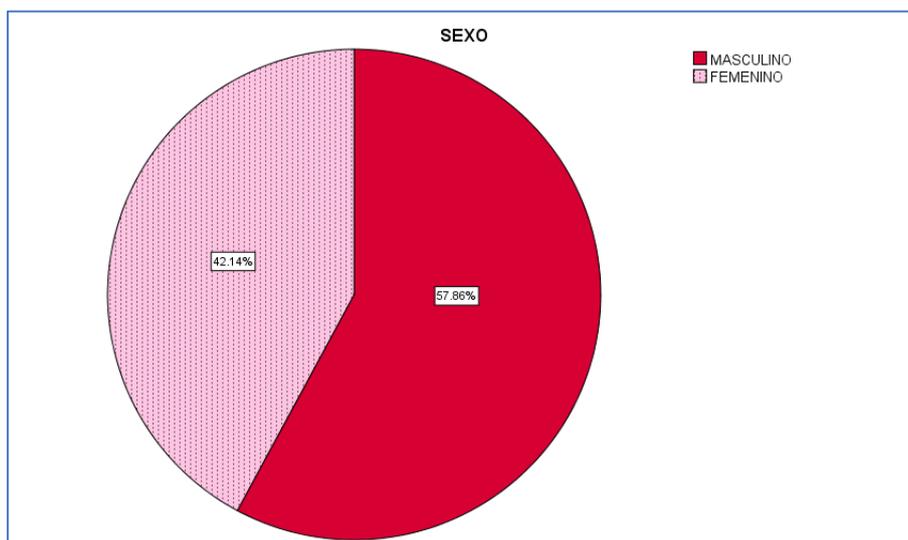
Gráfico 01: Distribución de los pacientes con ERGE según año de evaluación.

Hospital Carlos Monge Medrano 2017 - 2019.



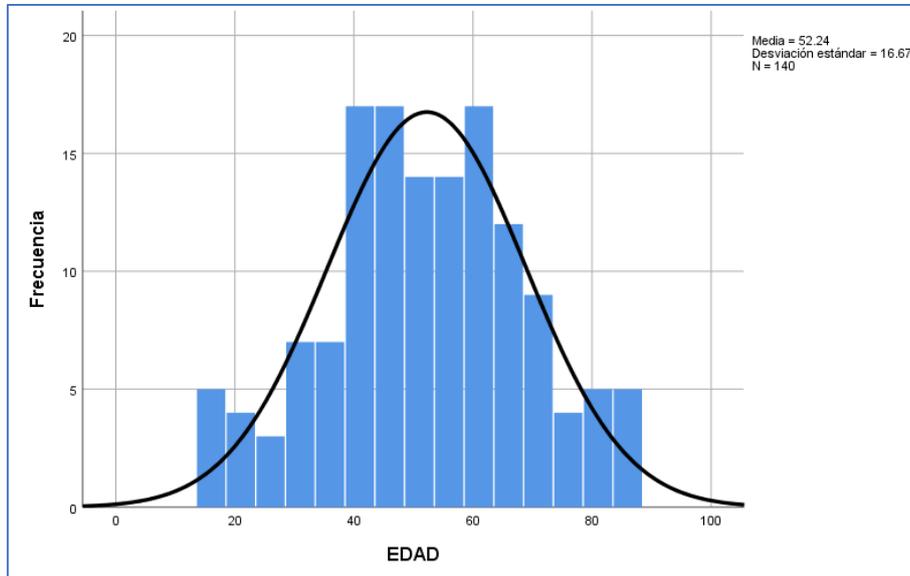
El gráfico muestra que 40.00% de los pacientes fueron evaluados durante el 2017, el 31.43% durante el 2019 y 28.57% en el 2018.

**Gráfico 02: Distribución de los pacientes con ERGE según sexo.
Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019**



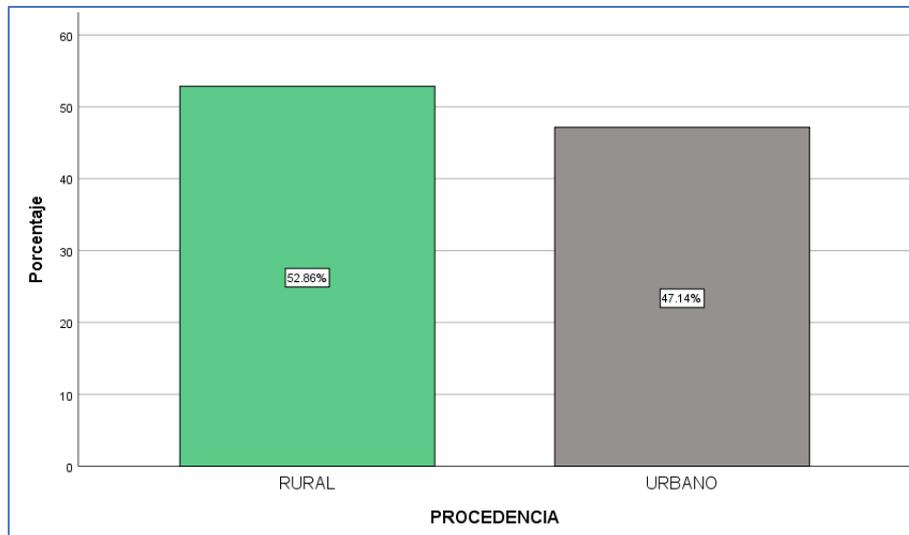
El gráfico muestra que 57.86% de los pacientes fueron del sexo masculino y 42.14% del sexo femenino.

**Gráfico 03: Edad promedio de los pacientes con ERGE según edad.
Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019.**



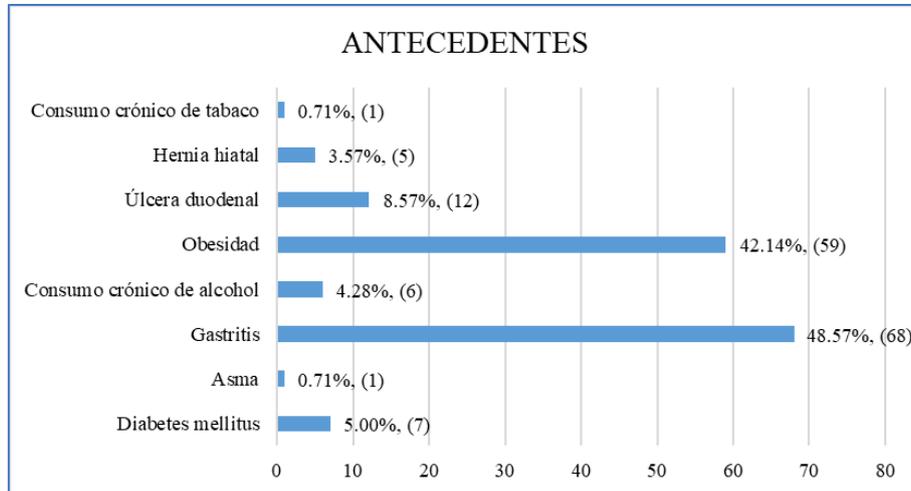
El grafico muestra que entre los pacientes con reflujo gastroesofágico la edad promedio fue 52.24 ± 16.67 años. Siendo la mínima y máxima 16 y 88 años respectivamente.

**Gráfico 04: Distribución de los pacientes con ERGE según procedencia.
Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019.**



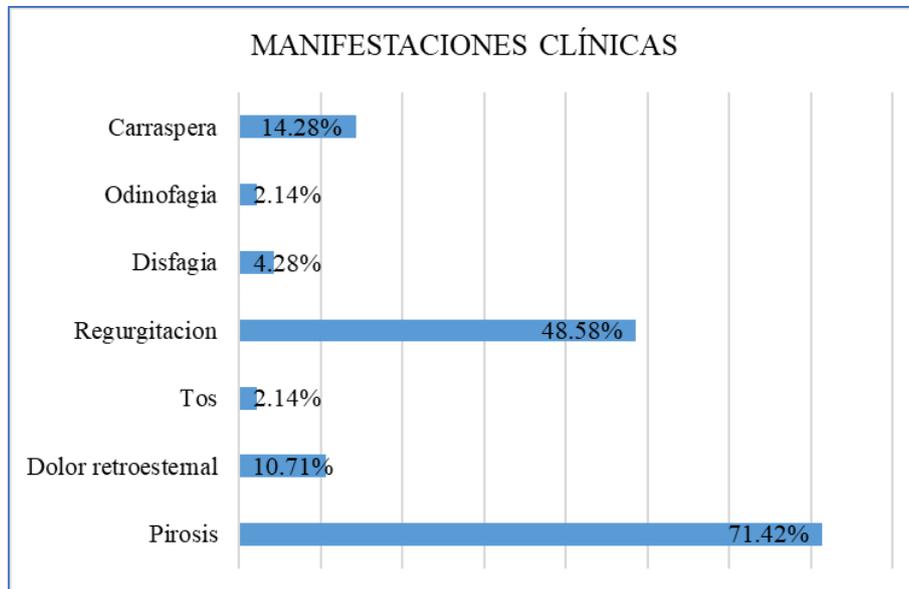
El gráfico muestra que entre los pacientes con reflujo gastroesofágico el 52.86% eran de procedencia rural y 47.14% de procedencia urbana.

**Gráfico 05: Distribución de los pacientes con ERGE según antecedentes.
Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019.**



El gráfico muestra que 68 (48.57%) de los pacientes sufría de gastritis, 59 (42.14%) tenía obesidad, 12 (8.57%) padecía de úlcera duodenal, 7 (5.0%) tenía diabetes mellitus, 6 (4.28%) con consumo crónico de alcohol, 5 (3.57%) presencia de hernia hiatal y solo 1 (0.71%) paciente con asma o consumo crónico de tabaco.

Gráfico 06: Distribución de los pacientes con ERGE según manifestaciones clínicas. Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019.



El gráfico muestra que la manifestación clínica más frecuente fue pirois (71.42%), seguida de regurgitación (48.58%), carraspera (14.28%), dolor retro esternal (10.71%), disfagia (4.28%) y tos u odinofagia (2.14%).

Tabla N° 02: Distribución de los pacientes con ERGE según hallazgos endoscópicos. Hospital Carlos Monge Medrano 2017 – 2019.

		ERGE	
		N=140	
		Recuento	%
MUCOSA	NORMAL	39	27.9%
	EROSIVA	84	60.0%
	PALIDA	1	0.7%
	ULCERADA	4	2.9%
	EXUDATIVA	11	7.9%
	HEMORRAGICA	1	0.7%
	TIPO DE ERGE	EROSIVO	102
	NO EROSIVO	38	27.1%

La tabla muestra que, dentro de los hallazgos endoscópicos, la mucosa erosiva se observó en 60.0% de la muestra, mucosa exudativa en 7.9% y mucosa pálida o hemorragia en 0.7%. Al evaluar el tipo de ERGE según hallazgo endoscópico, se observó 72.9% de tipo erosivo y 27.1% no erosivo.

V. DISCUSIÓN

La ERGE es una condición patológica altamente prevalente en nuestro país. La misma conlleva un trastorno significativo en la calidad de vida de los pacientes con los consecuentes altos costos en salud.

La tabla 01 muestra que 42.1% de los pacientes atendidos tenía reflujo gastroesofágico grado A según clasificación de Los Ángeles, 21.4% grado B, 7.1% grado C y 6.4% grado D. Sin embargo, hubo un 22.9% que no presentó descripción. Kasyap (7) en un estudio realizado en Nepal encontró grado A 31,8% (31/142), grado B 39,4% (56/142), grado C 33,8% (48/142) y grado D 4,9% (7/142). Ciento veintiséis (88,7%) sujetos tenían síntomas de reflujo. Miftahussurur (8) analizó la prevalencia de ERGE y los factores de riesgo en un área de Indonesia la mayoría se clasificó como grado A; 48 (46,2%) fueron clasificados como no ERGE

El gráfico 01 muestra que 40.00% de los pacientes fueron evaluados durante el 2017, 28.57% en el 2018 y el 31.43% durante el 2019. Esta condición muestra las prevalencias relativas por año, lo cual es variable, y depende de la cantidad de pacientes que acuden a consulta.

El gráfico 02 muestra que 57.86% de los pacientes fueron del sexo masculino y 42.14% del sexo femenino. En cuanto al sexo Paramo (11), encontró que había un predominio de sexo femenino a diferencia de nuestro trabajo, además estuvo asociado a presentar una comorbilidad. La variación del sexo puede tener su origen en la configuración de la muestra.

El gráfico 03 muestra que entre los pacientes con reflujo gastroesofágico la edad promedio fue 52.24 ± 16.67 años. Siendo la mínima y máxima 16 y 88 años respectivamente. Tong (9) encontró en el hospital regional Honorio delgado de Arequipa que los pacientes tenían un promedio de edad de 48.5 años con un rango de edades de 20 a 59 años, dicho resultado es similar a que encontramos en esta

investigación. Según lo revisado en la literatura, esta es la edad de mayor prevalencia de la enfermedad.

El gráfico 04 muestra que entre los pacientes con reflujo gastroesofágico el 52.86% eran de procedencia rural y 47.14% de procedencia urbana. Esto es muy probable debido a los hábitos alimenticios y condiciones de vida.

El gráfico 05 muestra que 68 (48.57%) de los pacientes sufría de gastritis, 59 (42.14%) tenía obesidad, 12 (8.57%) padecía de úlcera duodenal, 7 (5.0%) tenía diabetes mellitus, 6 (4.28%) con consumo crónico de alcohol, 5 (3.57%) presencia de hernia hiatal y solo 1 (0.71%) paciente con asma o consumo crónico de tabaco Miftahussurur (8) encontró en indonesia que un estatus económico más alto, el tabaquismo y un historial de uso de inhibidores de la bomba de protones aumentaron significativamente el riesgo de ERGE.

El gráfico 06 muestra que la manifestación clínica más frecuente fue pirosis (71.42%), seguida de regurgitación (48.58%), carraspera (14.28%), dolor retroesternal (10.71%), disfagia (4.28%) y tos u odinofagia (2.14%). Paramo D, et al (11) en Colombia encontró que a prevalencia de pirosis fue 13,7% (IC 95%: 12,6-14,7); regurgitación 16,9% (IC 95%: 15,5-18,0); epigastralgia, 16,7% (IC 95%: 15,6-17,7); náuseas, 11,4% (IC 95%: 10,5-12,4); dificultad para dormir 8,17% (IC 95%: 7,4-9,0) todos estos resultados son similares, pero en menor cuantía que los encontrados por nosotros. Tong (9) concluye en su investigación realizada en Arequipa que el reflujo, dolor torácico y pirosis fueron los síntomas más prevalentes.

La tabla 02 muestra que, dentro de los hallazgos endoscópicos, la mucosa erosiva se observó en 60.0% de la muestra, mucosa exudativa en 7.9% y mucosa pálida o hemorragia en 0.7%. Al evaluar el tipo de ERGE según hallazgo endoscópico, se observó 72.9% de tipo erosivo y 27.1% no erosivo. Tong M (9) encontró reflujo, dolor torácico y pirosis fueron los síntomas más prevalentes. Esofagitis erosiva (100,00%) y esofagitis eritematosa (44,37%). En la Clasificación de Los Ángeles, el 59,60% de pacientes se tipifican en el Grado A.

VI. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que:

Las características epidemiológicas más frecuentes fueron edad promedio de 52.24 \pm 16.67 años, sexo masculino, procedencia rural, antecedente de gastritis y obesidad.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron pirosis, regurgitación, carraspera y dolor retroesternal.

Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron grado A de la clasificación de Los Ángeles y ERGE erosivo.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar estudios prospectivos de seguimiento a fin de identificar si la presencia de ERGE es un factor de riesgo para adenocarcinoma de esófago.

Se recomienda realizar el adecuado llenado de historias clínicas e informes endoscópicos para evitar la pérdida de sujetos en futuros trabajos de investigación.

REFERENCIAS

1. El-Serag H, Sweet S, Winchester C, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014; 63(6): 871–880.
2. Peery A, Dellon E, Lund J. Burden of gastrointestinal disease in the United States: 2012 update. *Gastroenterology* 2012; 143: 1179-87.
3. Kellerman R, Kintanar T. Gastroesophageal Reflux Disease. *Prim Care*. 2017; 44(4): 561-73
4. Huerta F, Bielsa M, Remes J, Valdovinos M, Tamayo J, et al. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: recommendations of the Asociacion Mexicana de Gastroenterologia. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016; 81(4): 208-22.
5. Calvet X. Oesophageal diseases: gastroesophageal reflux disease, Barrett's disease, achalasia and eosinophilic oesophagitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2015; 38 (1): 49-55.
6. Liu L, Li S, Zhu K, Yu W, Wang H, Guo J, et al. Relationship between esophageal motility and severity of gastroesophageal reflux disease according to the Los Angeles classification. *Medicine (Baltimore)*. 2019; 98(19): e15543.
7. Kasyap A, Sah S, Chaudhary S. Clinical spectrum and risk factors associated with asymptomatic erosive esophagitis as determined by Los Angeles classification: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2018; 13(2): e0192739
8. Miftahussurur M, Doohan D, Nusi I, Adi P, Ayu Y, Agung L, et al. Gastroesophageal reflux disease in an area with low *Helicobacter pylori* infection prevalence. *PLoS One*. 2018; 13(11): 0205644.
9. Tong M. Frecuencia, caracterización clínico epidemiológica y tratamiento de los pacientes con esofagitis erosiva por enfermedad por reflujo gastroesofágico en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2016 – 2017. [Tesis de grado para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Arequipa. Universidad Católica de Santa María. 2018,
10. Chen J, Wen S, Hsu C, Yi C, Liu T, Chen C, et al. Clinical characteristics and psychosocial impact of different reflux time in gastroesophageal reflux disease patients. *J Formos Med Assoc*. 2017; 116(2): 123-8.

11. Páramo D, Albis R, Galiano M, Mendoza B, Rincón R, Pineda L, et al. Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. *Revista Colombiana De Gastroenterología*. 2017; 31(4): 337-46.
12. Fujiwara Y. Epidemiology and clinical characteristics of GERD in the Japanese adults. *Nihon rinsho. Japanese Journal of Clinical Medicine*. 2016; 74(8): 1257-161.
13. Jung S, Oh J, Kang S. Clinical characteristics and natural history of asymptomatic erosive esophagitis. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25: 248-52.
14. Savarino V. Update in gastroesophageal reflux disease. *Minerva Gastroenterol Dietol*. 2017; 63(3): 172-74.
15. Solidoro P, Patrucco F, Fagoonee S, Pellicano R. Asthma and gastroesophageal reflux disease: a multidisciplinary point of view. *Minerva Med*. 2017; 108(4): 350-6.
16. Kowalik K, Krzeski A. The role of pepsin in the laryngopharyngeal reflux. *Otolaryngol Pol*. 2017; 71(6): 7-13.
17. Kethman W, Hawn M. New Approaches to Gastroesophageal Reflux Disease. *J Gastrointest Surg*. 2017; 21(9): 1544-52.
18. Poddar U. Gastroesophageal reflux disease (GERD) in children. *Paediatr Int Child Health*. 2019; 39(1): 7-12.
19. Gómez A, Jaramillo M, Delgado A, Jaramillo C, Lúquez A. Eosinophilic esophagitis: Current concepts in diagnosis and treatment. *World J Gastroenterol*. 2019; 25(32): 4598-13.
20. Duncan D, Larson K, Rosen R. Clinical Aspects of Thickeners for Pediatric Gastroesophageal Reflux and Oropharyngeal Dysphagia. *Curr Gastroenterol Rep*. 2019; 21(7): 30.
21. Leung A, Hon K. Gastroesophageal reflux in children: an updated review. *Drugs Context*. 2019; 8: 212591.
22. Slater B, Rothenberg S. Gastroesophageal reflux. *Semin Pediatr Surg*. 2017; 26(2): 56-60.
23. Cesario S, Scida S, Miraglia C, Barchi A, Nouvenne A, Leandro G, et al. Diagnosis of GERD in typical and atypical manifestations. *Acta Biomed*. 2018; 89(8): 33-9.

24. Kessing B, Bredenoord A, Saleh C, Smout A. Effects of anxiety and depression in patients with gastroesophageal reflux disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13(6): 1089-95.
25. Hsu W, Lai C, Wang Y, Tseng P, Wang K, Wang C, et al. Risk of pneumonia in patients with gastroesophageal reflux disease: A population-based cohort study. *PLoS One.* 2017; 12(8): 0183808.
26. Bongiovanni A, Parisi G, Scuderi M, Licari A, Brambilla I, Marseglia G, et al. Gastroesophageal reflux and respiratory diseases: does a real link exist? *Minerva Pediatr.* 2019; 71(6): 515-23.
27. Linz D, Hohl M, Vollmar J, Ukena C, Mahfoud F, Böhm M. Atrial fibrillation and gastroesophageal reflux disease: the cardiogastric interaction. *Europace.* 2017; 19(1): 16-20.
28. Dunlap J, Patterson S. Gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterol Nurs.* 2019; 42(2): 185-8.
29. Eherer A. Management of gastroesophageal reflux disease: lifestyle modification and alternative approaches. *Dig Dis.* 2014; 32(1-2): 149-51.
30. Schlottmann F, Molena D, Patti M. Gastroesophageal reflux and Barrett's esophagus: a pathway to esophageal adenocarcinoma. *Updates Surg.* 2018; 70(3): 339-42.
31. Lei W, Vaezi M, Naik R, Chen C. Mucosal impedance testing: A new diagnostic testing in gastroesophageal reflux disease. *J Formos Med Assoc.* 2020; 119(11): 1575-80.
32. Gallusi G, Pontone S. Treatment of PPI-resistant gastro-oesophageal reflux: A systematic review. *Arab J Gastroenterol.* 2018; 19(2): 51-5.
33. Attwood S, Ell C, Galmiche J, Fiocca R, Hatlebakk J, Hasselgren B, et al. Long-term safety of proton pump inhibitor therapy assessed under controlled, randomised clinical trial conditions: data from the SOPRAN and LOTUS studies. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015; 41(11): 1162-74.
34. Freedberg D, Kim L, Yang Y. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology.* 2017; 152(4): 706-15.

35. Herregods T, Troelstra M, Weijnenborg P, Bredenoord A, Smout A. Patients with refractory reflux symptoms often do not have GERD. *Neurogastroenterol Motil.* 2015; 27(9): 1267-73.

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS “CARACTERÍSTICAS CLÍNICO ENDOSCÓPICAS EN PACIENTES CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2017 - 2019”

FICHA N° _____

Edad: _____

Sexo: (M) (F)

Procedencias: Rural () Urbano ()

Antecedentes:

Diabetes	Asma	Hernia hiatal	Cardias competentes
Gastritis	Úlcera duodenal	consumo de alcohol	Obesidad

Tiempo de enfermedad (días): _____

Cuadro clínico:

Pirosis	Dolor retroesternal	Tos	Regurgitación
Disfagia	Odinofagia	Ronquera o carraspera	Otros

Hallazgos endoscópicos

Mucosa:

Normal	Eritematosa	Pálida	Ulcerada
Exudativa	Hemorrágica		

Clasificación de Los Ángeles

Grado A	Grado B	Grado C	Grado D
---------	---------	---------	---------

Tipo de ERGE:

Erosiva	No erosiva		
---------	------------	--	--

Tipo de tratamiento:

Inhibidor de bomba	Anti H2	Procinéticos	Antiácidos
Otros			

ANEXO 2: CLASIFICACIÓN DE LOS ÁNGELES PARA ESOFAGITIS

GRADO A	Una (o más) lesiones de la mucosa, inferiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
GRADO B	Una (o más) lesiones de la mucosa, superiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.
GRADO C	Una (o más) lesiones de la mucosa que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, pero de los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia.
GRADO D	Una (o más) lesiones de la mucosa, que se limitan al menos al 75% de la circunferencia.