

**Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con Enfermedad de Reflujo
Gastroesofágico atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel Manizales**

Jhaneth Buriticá Loaiza

Gilma Elena Carabalí

Fundación Universitaria del Área Andina

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Pereira

2020

Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel Manizales

Jhaneth Buriticá Loaiza

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Enfermera Profesional**

**Bárbara de las Mercedes Mora Espinoza
Asesora**

**Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería
Pereira
2020**

Agradecimientos

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra asesora Bárbara Mora Espinoza, quien con sus conocimientos y experiencia en el campo de la investigación nos orientó de la mejor manera y nos guio a través de cada una de las etapas de este proyecto para alcanzar los resultados que buscábamos.

También queremos agradecer a la Fundación Universitaria del Área Andina por brindarnos todos los recursos y herramientas que fueron necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación.

A nuestras familias, por ser el motor que nos ha impulsado en este proceso, llenándonos de motivación y amor, e inculcado la paciencia y la perseverancia necesaria para el logro de nuestros objetivos.

Muchas gracias a todos.

Tabla de contenido

Introducción	9
1. Planteamiento del problema.....	10
1.1 Pregunta de investigación	11
2. Objetivos.....	12
2.1 Objetivo general.....	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. Justificación	13
4. Marco referencial	14
4.1 Antecedentes	14
4.2 Marco teórico	16
4.2.1 Definición.	16
4.2.2 Clasificación	17
4.2.3 Patogenia.....	17
4.2.4 Características clínicas.....	19
4.2.5 Complicaciones.....	21
4.2.6 Métodos diagnósticos.....	22
4.2.7 Tratamiento	23
4.2.8 Factores de riesgo	25
4.3 Marco conceptual.....	25
4.4 Marco contextual	27
4.5 Marco geográfico	29
4.6 Marco epidemiológico	30
4.7 Marco ético	30
4.8 Marco legal	31
4.9 Marco disciplinar	35
5. Metodología	37
5.1 Tipo de estudio.....	37

5.2 Método de investigación	37
5.3 Diseño	38
5.4 Población y muestra	38
5.5 Tipo de muestreo.....	38
5.6 Instrumento de recolección de información.....	38
5.7 Análisis de la información	39
6. Resultados	40
6.1 Características sociodemográficas	40
6.2 Características clínicas.....	44
6.3 Factores de riesgo y comorbilidades.....	45
7. Discusión.....	49
8. Conclusiones	52
9. Recomendaciones	53
Referencias.....	54
Anexos	58

Lista de tablas

Tabla 1. Edad y género de los pacientes	40
Tabla 2. Estado civil y etnia de los pacientes	41
Tabla 3. Nivel educativo y ocupación de los pacientes	42
Tabla 4. Lugar de residencia y estrato socioeconómico de los pacientes	43
Tabla 5. Síntomas y pruebas diagnósticas de los pacientes	44
Tabla 6. Factores de riesgo nutricionales y de sociales o del estilo de vida	45
Tabla 7. Factores de riesgo metabólicos y comórbidos o genéticos	46
Tabla 8. Medicamentos y factores de riesgo del estado de ánimo	47

Lista de figuras

Figura 1. Clasificación de la ERGE.....	17
Figura 2. Edad y género de los pacientes.....	40
Figura 3. Estado civil y etnia de los pacientes.....	41
Figura 4. Nivel educativo y ocupación de los pacientes.....	42
Figura 5. Lugar de residencia y estrato socioeconómico de los pacientes.....	43
Figura 6. Síntomas y pruebas diagnósticas de los pacientes.....	44
Figura 7. Factores de riesgo nutricionales y sociales o del estilo de vida.....	45
Figura 8. Factores de riesgo metabólicos y comórbidos o genéticos.....	46
Figura 9. Medicamentos y factores de riesgo del estado de ánimo.....	47

Lista de anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado58
Anexo 2. Cuestionario59

Introducción

En el desarrollo de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) confluyen múltiples síntomas clínicos, así como factores de riesgo nutricional, social o de estilo de vida, metabólicos, mórbidos y genéticos, asociados al consumo de medicamentos, e incluso psicológicos, que, en conjunto, llevan a la presentación de los síntomas que caracterizan esta patología.

La ERGE implica el ascenso de contenido gástrico hacia el esófago, la cavidad oral incluida la laringe, o los pulmones, lo que suele ocurrir generalmente luego de la ingesta de alimentos, y cuando los episodios de reflujo son más frecuentes y duraderos, adquieren un carácter patológico, que disminuye la calidad de vida de las personas que la padecen, afectando su interacción familiar, social y laboral, y con la potencialidad de conducir al desarrollo de cánceres de estómago y esófago.

Las investigaciones que abordan las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con ERGE son escasas y particularmente en Colombia, por lo que este estudio pretende contribuir a la construcción de un perfil de pacientes adultos que consultan por esta enfermedad, específicamente de aquellos que acuden al servicio de endoscopia de la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales.

Esta caracterización se realizó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en dicha institución de salud en el año 2020 y también con la información recopilada a través de un cuestionario que fue diligenciado por 100 de estos pacientes, instrumentos a través de los cuales se pudo dar cumplimiento a los objetivos de investigación.

1. Planteamiento del problema

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) se define como la sintomatología resultante del ascenso del contenido gástrico hacia el esófago, la cavidad oral incluida la laringe, o los pulmones (Olmos, Piskorz y Vela, 2016). Otros autores como Velarde, Rodríguez, González y Mora (2014), mencionan que dicho ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal sobrepasa la unión gastroesofágica (sitio donde se conectan el estómago y el esófago), originando síntomas o daños estructurales que inciden negativamente en la calidad de vida de quienes la padecen.

Se caracteriza por síntomas y/o lesiones orgánicas que afectan al esófago y que también pueden causar daños en la faringe, laringe y las vías respiratorias inferiores (Salis, 2011). El síntoma más destacado de la ERGE es la pirosis, sensación de ardor que sube desde el estómago hasta la faringe, con o sin llegada de contenido gástrico a la boca. Si el reflujo se prolonga en el tiempo, puede causar esofagitis, estenosis y en ocasiones cáncer (Lynch, 2018).

Existen tres variedades la ERGE, que mencionan Velarde, et al. (2014): 1) no erosiva, en la que se presentan síntomas sin daños a la mucosa esofágica; 2) erosiva, cuando en el procedimiento endoscópico se evidencian lesiones superficiales o rompimiento de la mucosa esofágica y, 3) metaplasia, o esófago de Barrett, que potencialmente puede evolucionar hasta cáncer de esófago.

Entre los factores que contribuyen al desarrollo de la ERGE, se consideran el sobrepeso, hábitos alimenticios que incluyen comidas grasosas, bebidas con cafeína, gaseosas, consumo de tabaco y alcohol, así como algunos medicamentos como los anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepresivos y los antagonistas de los canales de calcio, porque reducen el tono del esfínter esofágico inferior (Lynch, 2018).

Esta enfermedad afecta a miles de personas en todo el mundo, siendo una carga importante para los sistemas de salud por el gran número de consultas que genera, así como por el costo de los procedimientos para su diagnóstico y de los medicamentos indicados para su tratamiento. En

América del Norte y Europa, se calcula que la prevalencia en la población adulta está entre el 10 y el 20%; en América Latina, entre el 11.9 y el 31.3% y en Asia del 2.5 y al 6.7%. En Colombia se ha encontrado una prevalencia del 11.98%, coincidiendo con lo reportado en América Latina y, entre las comorbilidades, se destaca la hipertensión arterial, como la más asociada con esta condición (Páramo, Albis, Galiano, Molano, Rincón, Pineda, et al., 2016).

En el servicio de procedimientos especiales de la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales, se tiene alta demanda del servicio de endoscopia de pacientes adultos con sintomatología propia de ERGE. Esta población presenta diversas características tanto en los síntomas que refieren, como en sus condiciones particulares (edad, género, condición socioeconómica), entre otras, que ameritan su caracterización con el fin de tener un perfil del paciente atendido por ERGE en esta clínica, mediante el cual se puedan establecer relaciones entre sus características clínicas y epidemiológicas-sociodemográficas, que permitan prestar la atención médica basada en dichas características.

Teniendo en cuenta lo descrito, se formula la siguiente pregunta de investigación:

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE) atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Establecer una caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales en el periodo 2020.

2.2 Objetivos específicos

- . Caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio, identificando sus rasgos epidemiológicos-descriptivos.
- . Identificar las características clínicas de los pacientes con ERGE.
- . Describir las características clínicas de ERGE en la población objeto de estudio.

3. Justificación

La ERGE es potencialmente incapacitante, ya que disminuye la calidad de vida de las personas que la padecen, afectando su interacción familiar, social y laboral, debido a sus molestos síntomas.

Aunque por sí misma, no es una patología mortal, sí puede considerarse como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades gastroenterológicas que amenacen directamente la vida del paciente, como los cánceres de esófago y estómago o las hemorragias de vías digestivas (Claros, Sotelo y Tovar, 2010).

En la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales, la consulta por esta enfermedad es muy frecuente, sin que hasta el momento se haya logrado establecer cuál es la principal sintomatología (características clínicas) que reportan los pacientes, así como los rasgos epidemiológicos-sociodemográficos (género, edad, ocupación...), hábitos de vida que se constituyen en factores de riesgo y, posibles comorbilidades, información que se considera valiosa y que se pretende recopilar en esta investigación, a fin de aportar a la institución datos estadísticos verídicos que contribuyan a tener una visión integral de los pacientes y formular políticas de atención conforme a sus características.

Adicionalmente, la investigación brinda un panorama sobre la prevalencia de la ERGE en la ciudad de Manizales, aportando información en este contexto específico, en el cual no se encontraron antecedentes investigativos.

4. Marco referencial

4.1 Antecedentes

Para la elaboración de este apartado se revisaron trabajos recientes que indagaran acerca de las características clínicas y epidemiológicas de pacientes adultos con ERGE y, luego de la búsqueda en repositorios institucionales y bases de datos de revistas científicas, se encontró que, en su mayoría, las investigaciones se centran en la identificación de factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, o su relación con otras patologías como el asma, además de que varias de ellas se enfocan en niños. Por lo anterior, a continuación, se relacionan las que trabajaron con adultos. A excepción de una, se enfocan en los factores de riesgo, por lo cual los resultados de las demás variables que se consideran en esta investigación, aportan a la construcción de un panorama más amplio, pues, además de los factores de riesgo, se tienen en cuenta otras variables de investigación.

En el presente año, fue publicada la investigación realizada por Rojas durante el año 2018 en el Hospital Central de la Policía Nacional del Perú, cuyo objetivo general fue determinar los factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes atendidos en consultorio externo del Servicio de Gastroenterología de esa entidad. La autora revisó las historias clínicas de 61 pacientes: 49 mujeres y 15 hombres, lo que inicialmente entrega como dato importante que la ERGE se presenta mayormente en el sexo femenino. 30 de los pacientes eran menores de 50 años y 31 mayores de 50, por lo que no se consideró a la edad como factor influyente en el desarrollo de la ERGE. Se encontró consumo de tabaco en 29 pacientes (48.6%) y de alcohol en 33 (54%). Además, el sobrepeso/obesidad se identificó en 27 personas (44.9%) y, como dato con mayor porcentaje de incidencia se halló el consumo de AINES en 73 pacientes (70.3%).

Por su parte, Albuja en el año 2016, llevó a cabo un estudio que tuvo como finalidad determinar las manifestaciones clínicas y factores de riesgo asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes de 40 a 50 años atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial Docente Ambato. La investigadora utilizó como instrumentos de recolección de información la historia clínica, una encuesta y una entrevista personal a 54 pacientes: 29 mujeres

y 25 hombres. Respecto a las manifestaciones clínicas, todos los pacientes reportaron pirosis, regurgitación, dolor en el centro de la parte superior del abdomen, dificultad para dormir, 98% necesidad de consumir medicamentos, 98.2% tos y 70% náuseas. En cuanto a los factores de riesgo, 35% consumían café, 17% alcohol, 67% eran fumadores, 24% consumían chocolate, 31% cítricos, 83% comidas con alto contenido de grasas, 57% se recostaban boca arriba luego de comer, 31% usaban ropa ceñida a la cintura y, 41% reportó antecedentes familiares de la enfermedad.

En Colombia, los investigadores Fajardo, Montero, Hernández, Capera, Barajas y Carvajal, publicaron en el año 2017 los resultados de la investigación que realizaron con el fin de determinar la prevalencia ERGE y los factores asociados en una población de funcionarios administrativos de una Universidad Pública de la ciudad de Ibagué. De una población de 171 participantes, determinaron presencia de la enfermedad en el 24.6% de ellos, es decir, 42 personas: 27 mujeres y 15 hombres, de los cuales 24 tenían menos de 42 años y 18 más de 42 años. Seis reportaron consumo habitual de alcohol, 14 tabaquismo y 31 tenían sobrepeso u obesidad. 35 pertenecían a los estratos socioeconómicos 1 a 3 y siete a los estratos 4 y 5. Además, 26 convivían con pareja y 16 estaban solteros.

Adicionalmente, Molina en el año 2015, llevó a cabo un estudio que tuvo por objetivo general identificar la frecuencia de ERGE, sintomatología predominante, factores de riesgo y complicaciones, relacionándolos con la edad y el género, en un grupo de adultos atendidos en el Subcentro de Salud de Huachi Grande de Ambato-Ecuador en el periodo 2013-2014. Realizó la revisión de 800 historias clínicas de pacientes identificados con ERGE de un total de 2.921 pacientes atendidos en el periodo de estudio, lo que evidenció una prevalencia de la enfermedad del 27.38%, con mayor presentación en las mujeres 59% y en el grupo etario de 30-49 años, lo que correspondió al 28.5%. Respecto a la sintomatología predominante, en primer lugar, se identificó la pirosis con un 33.7%. Los factores de riesgo mayormente reportados fueron el consumo de tabaco y alcohol y, la complicación que se presentó con mayor frecuencia fue la esofagitis con un 43.61%.

En la ciudad de Bayamo-Cuba, Ricardo, Cabrera y Noguera (2014), caracterizaron a los pacientes con ERGE atendidos en la consulta de gastroenterología del Hospital Carlos Manuel de

Céspedes. Se estudiaron 240 pacientes: 140 mujeres y 100 hombres, con una edad promedio de 36.5 años, de los cuales 115 (47.9%) reportó tabaquismo y 127 (52.9%) consumo habitual de alcohol. Los hallazgos endoscópicos de los pacientes fueron los siguientes: ERGE erosiva 125 (52.1%), esofagitis grado A 47 (19.6%), esofagitis grado B 20 (8.3%), esofagitis grado C 24 (10%), esofagitis grado D 34 (14.2%), Hernia de hiato 119 (49.5%).

Los hallazgos obtenidos en las investigaciones revisadas, se constituyen en información importante a la hora de compararlos con los resultados de esta investigación, a fin de establecer coincidencias o diferencias en los perfiles de los pacientes, teniendo en cuenta los distintos contextos en los que se realizaron los estudios.

4.2 Marco teórico

En este apartado se incluyen los referentes teóricos de la ERGE. Específicamente, su definición, clasificación, patogenia, características clínicas, posibles complicaciones, métodos diagnósticos, tratamiento y factores de riesgo.

4.2.1 Definición. Es necesario iniciar la definición de la ERGE, teniendo en cuenta que el esófago, es una parte esencial del tubo digestivo que, a diferencia de las demás, no tiene funciones de absorción ni secreción; es decir, no participa en el proceso de transformación del alimento.

Tal como mencionan Parrilla, Martínez y Ortiz (2001), el epitelio esofágico es pavimentoso poliestratificado, no está preparado para la absorción. Así mismo en su pared se identifican escasas glándulas secretoras, lo que hace que la función del esófago sea exclusivamente motora, al encargarse de “transportar el material deglutido desde la faringe al estómago. Por otra parte, debe evitar el reflujo de contenido gástrico hacia el esófago, así como el de contenido esofágico hacia la faringe” (p. 37), siendo este reflujo la principal característica de la ERGE.

Esta enfermedad fue descrita en el documento de consenso de Montreal de 2006 como el evento que sucede cuando el reflujo del contenido gástrico lleva a la aparición de síntomas

molestos o complicaciones que alteran la calidad de vida en cuanto a la salud (Asociación Española de Gastroenterología, 2019).

Por su parte, el Colegio Americano de Gastroenterología, en el año 2013 sumó a la definición de Montreal que, además de llegar al esófago, el reflujo también podría alcanzar la boca o adentrarse en las vías respiratorias (Katz, Gerson y Vela, 2013).

4.2.2 Clasificación. La clasificación de la ERGE se realiza de acuerdo con la sintomatología y las consecuencias negativas del reflujo sobre distintos tejidos. Son dos clasificaciones: síndromes esofágicos y extraesofágicos (figura 1).



Figura 1. Clasificación de la ERGE

Fuente: Asociación Española de Gastroenterología (2019, p. 15)

4.2.3 Patogenia. La teoría de la patogénesis de la ERGE ha evolucionado desde el origen relacionado con factores puramente anatómicos (como las hernias hiatales) hasta nuevas perspectivas recientes que apuntan a la disfunción del esfínter hiato esofágico como la causa del reflujo patológico (De Ardila, 2009).

Estudios como el realizado por Arín e Iglesias (2003), mencionan que, desde la introducción de estudios funcionales como la manometría esofágica y medición del pH, se ha logrado un conocimiento más detallado de la fisiopatología de la ERGE. Estos autores explican

que la entrada de ácido gástrico y pepsina desde el estómago al esófago es un factor clave en la ERGE. En circunstancias normales, una barrera antirreflujo limitaría este paso y su disfunción lo facilitaría. El contacto del material de reflujo en el estómago con la mucosa del esófago puede causar síntomas de la enfermedad y daño histopatológico.

Los mecanismos responsables de la disfunción de la barrera antirreflujo son: la hipotonía del esfínter esofágico inferior (EEI), las relajaciones transitorias inadecuadas del EEI y la hernia de hiato (Arín e Iglesias, 2003):

En individuos sanos, el EEI tiene un tono que varía de 12 a 30 mmHg. Estos valores muestran cambios a lo largo del día en función de aumentos específicos en la presión intra-abdominal por la ingesta de ciertos alimentos y medicamentos. La hipotonía esfínteriana que desencadena reflujo patológico puede ser severa, con presión basal por debajo de 5 mmHg, permitiendo el flujo libre de contenido gástrico de regreso al esófago o moderada, en la que el valor de la presión basal es ligeramente superior a 10 mmHg.

Las relajaciones transitorias inadecuadas del EEI son disminuciones repentinas y duraderas (> 10 s) en la presión del esfínter, que no están asociadas con la deglución. Son una respuesta refleja fisiológica que en ocasiones está seguida por episodios de reflujo que, cuando aumentan en la frecuencia y/o duración dan como resultado el 60-90% de los ataques de reflujo patológico, lo que generalmente resulta en una ERGE leve.

Por su parte, la hernia de hiato es el desplazamiento de la unión gastroesofágica por encima del hiato gastroesofágico, e incluye partes más grandes o más pequeñas del estómago y está relacionada con la patogénesis de la ERGE. La evidencia confirma que la hernia de hiato está presente en el 54-90% de los pacientes con esofagitis por reflujo y en el 76% de los casos de esófago de Barret. Cuando se analiza la contribución de diferentes variables que pueden estar relacionadas con el reflujo, la presencia de hernia de hiato es la variable que mejor predice la frecuencia de los episodios de reflujo registrados por medición de pH y, la intensidad del reflujo está relacionada con la extensión axial de la hernia, es decir, su tamaño.

Entre los síndromes con lesión esofágica, se destaca la esofagitis erosiva por reflujo, resultado de la inestabilidad entre los factores defensivos y agresivos de la mucosa. Entre los factores agresivos están las enzimas pancreáticas, las sales biliares y la secreción clorhidropéptica, que potencialmente se asociarían al desarrollo de adenocarcinoma y esófago de Barret, puesto que, por sí solo, el ácido no es el causante de la lesión mucosa. Por su parte, entre los factores defensivos están los que intrínsecamente puede tener el epitelio, junto con el aclaramiento esofágico y la barrera antirreflujo (Alcedo y Mearín, 2011).

4.2.4 Características clínicas. Los principales síntomas de la ERGE son la pirosis y la regurgitación ácida, aunque existen pacientes que también reportan dolor torácico no cardiológico, así como dificultad y dolor al tragar (Serra, 2014).

La pirosis se considera el síntoma más común de ERGE; suele suceder entre los treinta minutos y una hora después de comer y los antiácidos generalmente pueden aliviarla, aunque temporalmente (Aburto, 2015).

En cuanto a la regurgitación, Arín e Iglesias (2003) mencionan que el reflujo entra en la boca de forma espontánea o desencadenada por ciertos gestos que aumentan la presión en la cavidad abdominal. Suele aparecer al inclinarse hacia adelante o al acostarse del lado derecho. Cuando se producen ataques nocturnos de reflujo, pueden manifestarse como disnea o tos irritante en los pacientes.

Por su parte, el dolor torácico no cardiológico es un síntoma habitual de la ERGE y se estima que en el 30 al 60% de los pacientes lo reportan. Tiene su origen en el reflujo, como lo avalan resultados de exámenes como endoscopia, manometría esofágica y pH-metría de 24 horas. Igualmente, diferentes estudios han evidenciado su desaparición cuando los pacientes son tratados con fármacos antisecretores (Arín e Iglesias, 2003).

La dificultad para tragar, denominada clínicamente como disfagia se considera una sensación de que se ha detenido la propagación de los alimentos desde la boca hasta el estómago (Mayo Clinic, 2020). Menciona esta institución que, en la ERGE, la disfagia puede deberse a cambios en la motilidad esofágica (peristaltismo esofágico, lo que dificulta el desarrollo de masa

alimentaria) o la presencia de lesiones orgánicas, ya sea esofagitis o estenosis digestiva. En el primer caso, los pacientes a menudo experimentan disfagia paradójica (solo para líquidos o para sólidos y líquidos), y cuando se producen lesiones esofágicas. La disfagia es progresiva, inicialmente sólida y luego líquida. En algunos pacientes, la disfagia puede estar relacionada con la presencia del anillo de Schatzki, cuyo origen está relacionado con el reflujo (Casado, Delgado e Íñigo, 2017).

Por su parte, Gómez (2007), menciona que una disfagia constante y más presente para sólidos, se relaciona directamente en la mayoría de los casos con la pérdida de peso, y que este es un síntoma de alerta para realizar exámenes conducentes al diagnóstico de un posible cáncer de esófago. Si, por el contrario, prevalece la disfagia para líquidos, podría asociarse un trastorno motor esofágico.

Respecto a la odinofagia o dolor al tragar, la Asociación Española de Cirujanos (2001), menciona que se da a nivel del esternón, y debe tenerse en cuenta que no es un síntoma común de ERGE. La disfagia generalmente se manifiesta como un dolor leve, aunque en algunos casos puede ser grave e incluso dificultar la alimentación de los pacientes. Generalmente indica la presencia grave de esofagitis o la aparición de contracciones simultáneas o triples, lo que es una indicación para la endoscopia.

En ocasiones, las personas mencionan síntomas extraesofágicos como tos crónica, que “puede originarse por dos mecanismos diferentes: como consecuencia de microaspiraciones de ácido refluído o como resultado de un reflejo esofagobronquial inducido por el reflujo ácido” (Asociación Española de Gastroenterología, 2019, p. 42).

Igualmente, como se observa en la figura 1, algunos pacientes llegan a manifestar síndrome de asma por reflujo, laringitis también asociada al reflujo, erosiones dentales, faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media recidivante y, para el adecuado diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, especialistas como Cano, García y Pacheco (2003), recomiendan realizar un estudio con pH-metría de 24 horas para certificar la presencia de reflujo, dado que cuando alcanza la vía aérea, es difícil de detectar porque en esta parte del organismo su

composición se hace principalmente gaseosa (Pacheco, Hart y Morice, 2011). Para estos mismos autores, la asociación entre el asma resistente al tratamiento, fibrosis pulmonar, patologías de la laringe, EPOC y rinosinusitis crónica, con el reflujo de la ERGE, es altamente significativa.

4.2.5 Complicaciones. Las complicaciones más comunes con ERGE son: esófago de Barrett, adenocarcinoma de esófago, úlceras esofágicas y estenosis pépticas esofágicas.

El esófago de Barrett se define como la presencia de metaplasia intestinal en la mucosa del esófago distal. La prevalencia estimada de pacientes con ERGE es del 3 al 4%. Cuanto más joven es la edad de aparición de los síntomas, más duran los mismos y peor es el ataque de reflujo nocturno. Además, la prevalencia del esófago de Barrett es mayor en los hombres, su incidencia aumenta con la edad y se asocia con un mayor riesgo de adenocarcinoma de esófago, estimado entre 0,5% y 1% por año (Vargas, 2010).

Estudios como el realizado por Quante, Graham y Jansen (2018) señalan que la ERGE es uno de los factores asociados al adenocarcinoma de esófago e indican una relación importante entre la duración e intensidad de los síntomas típicos y el mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.

Cuando la ERGE es grave, puede originar una esofagitis que a su vez es potencialmente causante de úlceras esofágicas que generalmente se caracterizan por ser profundas y estar localizadas en el tercio inferior, con la consecuente complicación del riesgo de hemorragia digestiva, por lo cual, se recomienda realizar endoscopias de seguimiento hasta verificar una completa cicatrización (Asociación Española de Gastroenterología, 2019).

La misma institución, señala que las estenosis pépticas esofágicas son la consecuencia de un proceso de curación aberrante de la esofagitis y su forma de presentación más común es el anillo de Schatzki que consiste en el estrechamiento de la luz esofágica que se debe sobre todo al edema mucoso y al espasmo asociado. Esta complicación de la ERGE se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad avanzada, raza blanca y que han padecido los síntomas por largo tiempo sin haber recibido tratamiento.

4.2.6 Métodos diagnósticos. En su estudio publicado en 2015, González, Hernández, Palomares, Castelltor, Pérez y Anaya, afirman que los métodos diagnósticos que se utilizan actualmente para la ERGE parten de una historia clínica que explora la duración de los episodios de reflujo, sus síntomas, si aparecen cuando el paciente se inclina, si suceden en situación de estrés emocional, o se presentan cuando se consume algún tipo de alimento o bebida.

Como método diagnóstico inicial, suele llevarse a cabo la prueba terapéutica con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes con síntomas típicos sin datos de alarma (Mezerville, Cabas, Contreras, Castellanos, Dondis, Galdámez, et al., 2014). Sin embargo, según estos investigadores, aunque la prueba es de bajo costo, fácil de realizar y su disponibilidad es amplia, su especificidad y sensibilidad se consideran bajas, por lo que debe recurrirse a otros métodos diagnósticos para corroborar la presencia de ERGE.

En cuanto a los estudios clínicos, González et al. (2015), mencionan que, en primer lugar, se realiza un esofagograma, pues se considera la mejor herramienta para observar la anatomía del esófago, su tamaño y la posible presencia de hernia de hiato, información importante que contribuye a seleccionar el tipo de cirugía en caso de que sea necesaria, además de identificar estructuras que no se pueden observar en la endoscopia.

Sin embargo, el estudio endoscópico es útil porque valora la mucosa esofágica y permite establecer la presencia de esofagitis, así como su grado de severidad y otras patologías como hernia de hiato, diverticulitis, estenosis o tumoraciones, aunque para González, et al. (2015), tiene como limitante que no permite estadificar el tamaño de la hernia. Por su parte, Huerta, Bielsa, Remes, Valdovinos y Tamayo (2016), recomiendan la endoscopia en pacientes que llevan más de cinco años con los síntomas típicos de ERGE y otros síntomas de alarma como disfagia, hemorragia digestiva, dolor torácico y pérdida de peso no buscada, debido a que pueden ser indicadores de esófago de Barret.

Otra de las pruebas diagnósticas es la pHmetría, considerada la más acertada para valorar la presencia de reflujo. Consiste en la colocación de electrodos a cinco centímetros por encima del esfínter esofágico inferior, o en el estómago y 15 cm por encima del esfínter, teniendo que estar

colocados en promedio durante 24 horas. Esta prueba mide cuantitativamente la exposición ácida al esófago cada 4 a 6 segundos. Cuando el paciente siente los síntomas, mientras está comiendo o cambia de postura, activa un marcador y la información recopilada permite establecer el número total de episodios de reflujo y su duración (González, et al., 2015). Esta prueba es recomendada para pacientes que no han mejorado con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y tienen endoscopias negativas que no presentan lesiones en la mucosa. A través de este examen se confirma el reflujo patológico, a fin de establecer si la persona es candidata a una cirugía antirreflujo (Huerta, et al., 2016).

También se tiene como método diagnóstico es la manometría, que brinda información en cuanto al funcionamiento del esfínter esofágico interior y el cuerpo del esófago. A través de ella se puede detectar motilidad esofágica anormal y deficiencia en la presión del esfínter. Los datos que se obtienen de esta evaluación, pueden modificar el diagnóstico o condicionar la técnica quirúrgica que se va a aplicar (Asociación Española de Gastroenterología, 2019).

4.2.7 Tratamiento. En el tratamiento de la ERGE, inicialmente se recomienda al paciente que tome medidas higiénico dietéticas tales como controlar el sobrepeso u obesidad, elevar el cabecero de la cama, esperar entre dos a tres horas antes de acostarse después de comer y, preferiblemente tenderse sobre el lado izquierdo, pues el derecho favorece el reflujo. Así mismo, realizar cinco comidas pequeñas al día, evitar alcohol, grasas, tabaco, chocolate, tomate, cítricos, café y, también evitar consumir aspirina (AAS), antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), calcioantagonistas, nitratos, teofilinas, mórficos, benzodiazepinas, tetraciclinas, potasio, hierro, bifosfonatos, progesterona, quinidina y anticolinérgicos (Miranda, 2017).

En cuanto al tratamiento farmacológico, la Asociación Española de Gastroenterología (2019, pp. 70-72), menciona los siguientes medicamentos:

Antiácidos que neutralizan el ácido refluido, con la ventaja de que actúan rápidamente, pero no proporcionan un alivio prolongado de los síntomas ni tienen impacto sobre la curación de la erosión mucosa.

Los alginatos, compuestos que forman una capa viscosa en la porción superior del estómago y son especialmente útiles para neutralizar el bolsillo ácido (capa ácida que sobrenada en la

porción proximal del estómago sobre la comida ingerida). Las formulaciones combinadas con antiácidos han demostrado ser más eficaces que los antiácidos solos para el control puntual de los síntomas leves.

Los protectores de la mucosa, que se adhieren a la mucosa esofágica formando una capa que la protege del material refluido.

El sucralfato, un complejo de sulfato de sacarosa e hidróxido de aluminio que se une a la mucosa desnuda formando una capa protectora que ha demostrado ser eficaz en pacientes con esofagitis, pero se desconoce su utilidad en pacientes con enfermedad no erosiva.

Un combinado de ácido hialurónico, sulfato de condroitina y poloxámero, que forma una capa protectora sobre la mucosa después de su ingesta oral, evitando el acceso del material refluido a la misma. Ha demostrado ser eficaz para aliviar los síntomas de reflujo en pacientes sin otros tratamientos y en pacientes con síntomas persistentes a pesar del tratamiento con IBP.

Los procinéticos, que pueden aumentar el tono del EEI, mejorar el aclaramiento esofágico y acelerar el vaciamiento gástrico.

El baclofeno, un agonista de los receptores GABA, ha demostrado reducir el número de relajaciones transitorias del EEI y reducir ambos, reflujo ácido y no ácido, mejorando los síntomas típicos de ERGE, por lo que se ha propuesto esencialmente para su indicación en casos refractarios a IBP.

Los antagonistas de los receptores de la histamina H₂, que bloquean estos receptores en la célula parietal gástrica, lo que produce una disminución de la secreción ácida. Los antagonistas H₂ son eficaces para aliviar los síntomas de la ERGE y para la curación de la esofagitis, pero claramente inferiores a los IBP.

Los inhibidores de la bomba de protones, que bloquean de forma irreversible la bomba de protones activada en las células parietales gástricas (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol y esomeprazol). Los IBP se han mostrado más eficaces que los antagonistas H₂ para la remisión de los síntomas a corto plazo y en la curación de la esofagitis. También se han mostrado eficaces para mantener la remisión de los síntomas y la esofagitis en tratamientos de mantenimiento a largo plazo.

Por su parte, el tratamiento quirúrgico para la ERGE, es la funduplicatura laparoscópica (cirugía antirreflujo) que se lleva a cabo cuando no se tienen buenos resultados con el tratamiento farmacológico (González, et al., 2015). En este procedimiento, inicialmente se repara la hernia de hiato, en caso de que haya una, templando la abertura en el diafragma mediante suturas para impedir que el estómago vaya hacia arriba. Seguidamente, “se envuelve la parte superior del

estómago alrededor del extremo del esófago con suturas que crean presión, lo que ayuda a impedir que el ácido gástrico y el alimento se devuelvan desde el estómago hacia el esófago” (MedlinePlus, 2017, p. 1).

4.2.8 Factores de riesgo. La Organización Mundial de Gastroenterología (2015), menciona como factores de riesgo para la ERGE los siguientes: el sobrepeso u obesidad, alto índice de masa corporal, consumo excesivo de grasas, las bebidas gaseosas, el café, el alcohol y el tabaquismo, aunque no existe evidencia científica suficiente respecto a estas últimas tres sustancias. También, se considera como factor de riesgo a ciertos medicamentos que el paciente puede estar consumiendo para el tratamiento de comorbilidades como diabetes, hipertensión, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y apnea del sueño. Entre esos medicamentos se encuentran los antagonistas de los canales del calcio, los anticolinérgicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los bisfosfonatos, antibióticos y suplementos de potasio.

4.3 Marco conceptual

A continuación, se incluyen las definiciones de los términos más relevantes de la investigación, obtenidas de bases de datos en ciencias de la salud como Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs), MedlinePlus y diccionario del National Cancer Institute.

Ácido gástrico: ácido que liberan las glándulas de la pared del estómago, cuya función es ayudar a digerir los alimentos; está compuesto por ácido clorhídrico.

Adenocarcinoma: cáncer que empieza en las células glandulares (secretoras) que se encuentran en el tejido que reviste ciertos órganos internos; producen y liberan sustancias en el cuerpo, como el moco, los jugos digestivos u otros líquidos.

Dolor torácico no cardiológico: episodios recurrentes de dolor subesternal en pacientes que no poseen una causa cardiológica.

Endoscopia superior: examen del interior del estómago mediante el uso de un endoscopio (instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar), que se pasa a través de la boca y el esófago. A veces tiene una herramienta para extraer una muestra de tejido que se observa al microscopio para verificar si hay signos de enfermedad. También se llama gastroscopi

ERGE: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección en la cual los contenidos estomacales se devuelven desde el estómago hacia el esófago.

Esfínter esofágico inferior (EEI): Anillo muscular en el punto donde el esófago y el estómago se unen. Normalmente, este músculo se relaja cuando se traga el alimento, para que la comida pase hacia el estómago.

Esofagitis: es una afección en la cual el revestimiento del esófago se hincha, inflama o irrita.

Esófago: tubo muscular a través del cual pasan los alimentos desde la garganta al estómago.

Esófago de Barrett: afección por la cual las células que revisten la parte inferior del esófago cambian o se reemplazan por células anormales que a veces causan cáncer de esófago. Es posible que el reflujo produzca irritación en el esófago y, con el tiempo, conduzca al esófago de Barrett.

Esofagograma: serie de imágenes de rayos X del esófago que se toman después de que el paciente bebe un líquido que contiene sulfato de bario (una forma del elemento metálico bario de color blanco plateado). El sulfato de bario recubre y permite ver el contorno de las paredes internas del esófago para que se puedan observar en las imágenes de rayos X. También se llama esofagografía con contraste.

Estenosis: estrechamiento del esófago que ocasiona dificultad para tragar.

Hernia de hiato: es una afección en la cual la parte superior del estómago se abulta a través de una abertura en el diafragma, músculo delgado que separa el estómago del tórax y ayuda a impedir que el ácido pase hacia el esófago.

Inhibidores de la bomba de protones (IBP): son medicamentos que funcionan al reducir la cantidad de ácido gástrico producido por glándulas en el revestimiento del estómago.

Manometría esofágica: es un examen para medir qué tan bien está funcionando el esófago. Se pasa una sonda delgada y sensible a la presión, a través de la nariz y del esófago hasta el estómago.

Pepsina: enzima elaborada por el estómago que descompone las proteínas de los alimentos durante la digestión. El ácido del estómago cambia una proteína que se llama pepsinógeno y la transforma en pepsina.

pHmetría de 24 horas: es un estudio que sirve para cuantificar el ácido, saber en qué momentos del día se produce mayor reflujo y correlacionar los síntomas; es decir, saber si los síntomas se producen cuando hay exceso de ácido esofágico.

Reflujo esofágico: flujo del contenido ácido del estómago que se devuelve al esófago. También se llama reflujo gástrico y reflujo gastroesofágico.

Regurgitación ácida: es la sensación de que los fluidos gástricos suben a través del pecho pudiendo llegar hasta la boca.

Úlcera esofágica: es una lesión o herida abierta en el revestimiento interno del esófago.

4.4 Marco contextual

Esta investigación se llevó a cabo en la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales, perteneciente a Confamiliares Caldas. Esta institución prestadora de servicios de salud (IPS) tiene planteada como visión, ser reconocida en la región por aplicar modelos de excelencia en la prestación de

servicios, con énfasis en la atención integral cardiovascular y la generación y transmisión de conocimiento en salud.

En cuanto a su misión, la define como el trabajo dirigido a la protección de la salud de sus usuarios de manera humana, confiable y segura contribuyendo al mejoramiento de su calidad de vida.

La política de calidad de la institución se orienta a entregar productos y servicios de calidad a sus afiliados, empleadores y comunidad en general, de acuerdo con las disposiciones legales y los recursos financieros disponibles soportados en el mejoramiento continuo de la eficacia organizacional.

En este orden de ideas, un producto o servicio de calidad entregado por la IPS tiene las siguientes características: es prestado y entregado por personas amables y que muestran interés por las solicitudes del cliente en forma oportuna y según lo acordado, por personas competentes, con solvencia profesional y técnica para manejar la tecnología asociada a la entrega del producto o la prestación del servicio; con el conocimiento necesario para suministrar la información y orientación requerida, en unas instalaciones cómodas y adecuadas, que facilitan la interacción con el cliente y con mecanismos de comunicación disponibles que permiten la atención de quejas, reclamos y sugerencias.

Formula como objetivo de calidad garantizar procesos de atención eficaces y eficientes que permitan a la IPS ser reconocida por los usuarios, clientes y colaboradores, como una institución segura y confiable.

Los servicios que presta esta IPS son: urgencias, hospitalización, cirugía general, maxilofacial, neurológica, ortopédica, oftalmológica, otorrinolaringológica, pediátrica, plástica y estética, urológica, gastrointestinal y cardiovascular. También, cuenta con unidades de cuidado intensivo adulto e intermedio adulto, presta servicio de endoscopia digestiva, implante de válvulas cardíacas (trasplante de tejidos cardiovasculares), transfusión sanguínea y atención farmacéutica.

4.5 Marco geográfico

Esta investigación se realizó en la ciudad de Manizales, capital del departamento de Caldas. Se ubica en el centro-occidente de Colombia, específicamente en la Cordillera Central, cerca del Nevado del Ruiz y forma parte de la región paisa. Fundada en 1849 por colonos antioqueños, hoy es una ciudad con gran actividad económica, industrial, cultural y turística. Igualmente, se destaca por su dinamismo cultural del que cabe resaltar eventos como la Feria anual y el Festival Internacional de Teatro. Se le conoce como la Ciudad de las Puertas Abiertas (Alcaldía de Manizales, 2020).

Según los resultados del último censo poblacional realizado en 2018, Manizales cuenta con 400.436 habitantes, con un incremento del 30% respecto a los datos del censo realizado en 2005. El 52.8% de la población la constituyen las mujeres y, los adultos mayores alcanzan el 13%, por encima de la media nacional que es del 9%.

La ciudad es líder en el país en el porcentaje de viviendas que tienen cobertura de servicios públicos, con: energía 99.3%, acueducto 97.2% y alcantarillado 96.3%, por encima de la media nacional que es de 93.5%; 83.3% y 73.0%, respectivamente (BC Noticias, 2019).

El Informe de Calidad de Vida de Manizales (Manizales Cómo Vamos, 2019), en el que se evaluaron diversos indicadores de la calidad de vida en el periodo 2008-2018, menciona que, en ese lapso, la pobreza monetaria de la ciudad se redujo en un 62%, pues en 2008 existían cerca de 150 mil personas en condición de pobreza y para 2018 se estimaron 54 mil.

Además, de la población afiliada al sistema de salud, el porcentaje en el régimen contributivo alcanzó el 82%, mientras que al régimen subsidiado pertenecen el 18%, siendo la ciudad de Manizales la segunda a nivel nacional, luego de Bogotá, con más personas afiliadas al régimen contributivo. En cuanto al número de camas hospitalarias por cada 100 habitantes, es la primera ciudad del país con 4.1, cifra muy superior al nivel nacional que alcanza el 1.7.

Cuenta con 53 mil niños y jóvenes estudiando desde el grado transición hasta undécimo de educación media y, en lo que respecta a seguridad ciudadana, la violencia interpersonal se redujo de 2017 a 2018, al pasar de 1.027 a 950 casos; así mismo, la violencia intrafamiliar, de 511 a 454. Sin embargo, los homicidios aumentaron en seis casos: 74 en 2017 y 80 en 2018.

4.6 Marco epidemiológico

Huerta (2015), afirma que la prevalencia de ERGE está en alza en todo el mundo, luego del análisis de múltiples estudios en los que se tomaron en cuenta los síntomas asociados con esta patología, los cuales han demostrado una tendencia significativa a través del tiempo en su aumento.

Es así, en América del Norte y Europa, Singapur y China. En Europa la tendencia al alza se confirma cuando se informó que la prevalencia de ERGE en 2005 era de aproximadamente 9.8% y se incrementó a 18% en 2014 y, de manera particular en los países de Europa del norte donde la prevalencia pasó de 8.8% a 25.9%. Por su parte, en Australia se calcula la prevalencia en 11.6% y en América Latina también se ha incrementado, pasando del 16.9% en 2005 a 23% en 2014. En Colombia, Páramo et al. (2016), establecieron una prevalencia del 11.98%.

4.7 Marco ético

Los aspectos éticos de esta investigación se toman de la Resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993), particularmente, aplican los siguientes artículos:

Artículo 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Artículo 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 11. Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros.

Artículo 14. Se aplica el Consentimiento Informado, documento firmado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

4.8 Marco legal

Teniendo en cuenta que en la legislación colombiana no existen decretos o resoluciones que aborden de manera específica el diagnóstico y tratamiento de la ERGE, en este apartado se incluyen los principales artículos de la **Ley Estatutaria de Salud** (Congreso de Colombia, 2015), que aplican a los pacientes con ERGE, teniendo en cuenta los derechos que los asisten a recibir una atención profesional, integral y de calidad.

Artículo 2º. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Artículo 6º. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud.

El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades. Respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.

Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad. Dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecido con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.

Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua.

Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada no podrá ser interrumpida por razones administrativas o económicas.

Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud debe proveerse sin dilaciones.

Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.

Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Eficiencia. El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

Interculturalidad. Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.

Artículo 8°. La integralidad.

Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad

en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud.

Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad.

Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.

A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante.

A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.

A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley.

A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres. Así como las opiniones personales que tenga sobre los procedimientos.

A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma.

A recibir durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer.

A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos.

A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.

A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine.

A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito.

A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos.

A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento.

A agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.

4.9 Marco disciplinar

En esta investigación se aplica la Teoría de Promoción de la Salud de Nola Pender, puesto que en ella se afirma que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano y esta teoría propone un modelo enfermero que pretende dar respuestas a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud (Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostiguín, 2011).

Estas autoras explican que el modelo de promoción de la salud enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr, y en los que tienen gran importancia de los procesos cognitivos que dirigen el cambio de conducta, en los que

se incorporan aprendizajes cognitivos y conductuales, además de factores psicológicos que influyen en el comportamiento.

El modelo de promoción de la salud señala cuatro requisitos para que las personas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. Así, las características y experiencias individuales juntas como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Todos los elementos mencionados influyen en la adopción de un compromiso, en el seguimiento de un plan de acción en la promoción de la salud que, para el caso de esta investigación, se enfoca en la sintomatología y factores de riesgo de la ERGE.

Al comprender dichos factores se puede realizar una labor desde la enfermería, enfocada en promover en la población objeto de estudio, actitudes, motivaciones y acciones para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para este caso, reducir los factores de riesgo y por ende, la aparición de sintomatología asociada a la ERGE y su potencial evolución a patologías más graves e incluso potencialmente mortales.

5. Metodología

5.1 Tipo de estudio

Teniendo en cuenta el alcance y los objetivos de investigación, esta corresponde al tipo descriptivo, que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Este tipo de investigación puntualiza los rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). En este caso en particular, se pretendió Establecer la caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE) atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales en el periodo 2020.

5.2 Método de investigación

Se utilizó el método de investigación cuantitativo, que Según Bernal (2010) como se citó en Cabrera 2017 (p. 1), “se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva”.

Para Hernández, et al. (2014) el método cuantitativo permite medir fenómenos, utilizar estadísticas, analizar la sinergia causa-efecto; es deductivo, probatorio, analiza la realidad objetiva. Además, posee bondades como la generalización de resultados, incrementar la precisión, las posibilidades de réplica y la predicción del fenómeno como tal.

Mediante la aplicación de un cuestionario y la revisión de la historia clínica de los pacientes con ERGE atendidos en el servicio de endoscopia de la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales en el periodo 2020, la investigadora obtuvo información medible, cuantificable, que permitió establecer en orden cuantitativo las características sociodemográficas, clínicas y los

factores de riesgo de estos pacientes, lo que llevó a elaborar un perfil de quienes acuden al servicio de endoscopia en la institución, debido a que padecen ERGE.

5.3 Diseño.

El diseño al que se recurrió fue el no experimental, dado que el estudio se realizó sin manipular deliberadamente las variables. Lo que hace la investigación no experimental es observar los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (Hernández, et al., 2014).

5.4 Población y muestra

En esta investigación se tomó como población a todos los adultos que fueron atendidos en el servicio de endoscopia en la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales en el periodo 2020. La muestra la constituyeron 39 pacientes, cuya información se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario y la revisión de sus historias clínicas.

5.5 Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico, que se utiliza para seleccionar a los miembros de la muestra que sean representativos y apropiados para los propósitos de la investigación (Otzen y Manterola, 2017). En este caso, la investigadora seleccionó intencionalmente a los sujetos adultos que fueron atendidos en el servicio de endoscopia en la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales en el periodo 2020.

5.6 Instrumento de recolección de información

Se diseñó un cuestionario (anexo 2) teniendo en cuenta los objetivos que se perseguía con el estudio, la cual fue complementada con la información recogida de las historias clínicas, una vez firmado por los participantes el consentimiento informado (anexo 1).

5.7 Análisis de la información

El análisis de la información cuantitativa recolectada mediante los instrumentos, se hizo a través del método estadístico descriptivo (análisis exploratorio de datos) que presenta los datos de modo tal que sobresale su estructura, organizados en gráficos que permiten detectar las características sobresalientes, determinando las medias representativas (Orellana, 2001).

6. Resultados

A continuación, se presenta un análisis de tipo univariado y bivariado de las variables consideradas en los 39 pacientes que participaron en este estudio. Los resultados se analizan a la luz de la teoría consultada, en el apartado Discusión.

6.1 Características sociodemográficas

Tabla 1. Edad y género de los pacientes

Edad	Género				Total	Porcentaje
	Masculino	Porcentaje	Femenino	Porcentaje		
20 a 29 años	2	5.2%	4	10.2%	7	15.4%
30 a 39 años	4	10.2%	3	7.7%	8	17.9%
40 a 49 años	8	20.6%	7	18%	14	38.6%
50 a 59 años	4	10.2%	4	10.2%	8	20.4%
60 a 69 años	2	5.2%	1	2.5%	2	7.7%
Total	20	51.4%	19	48.6%	39	100

Fuente: elaboración propia

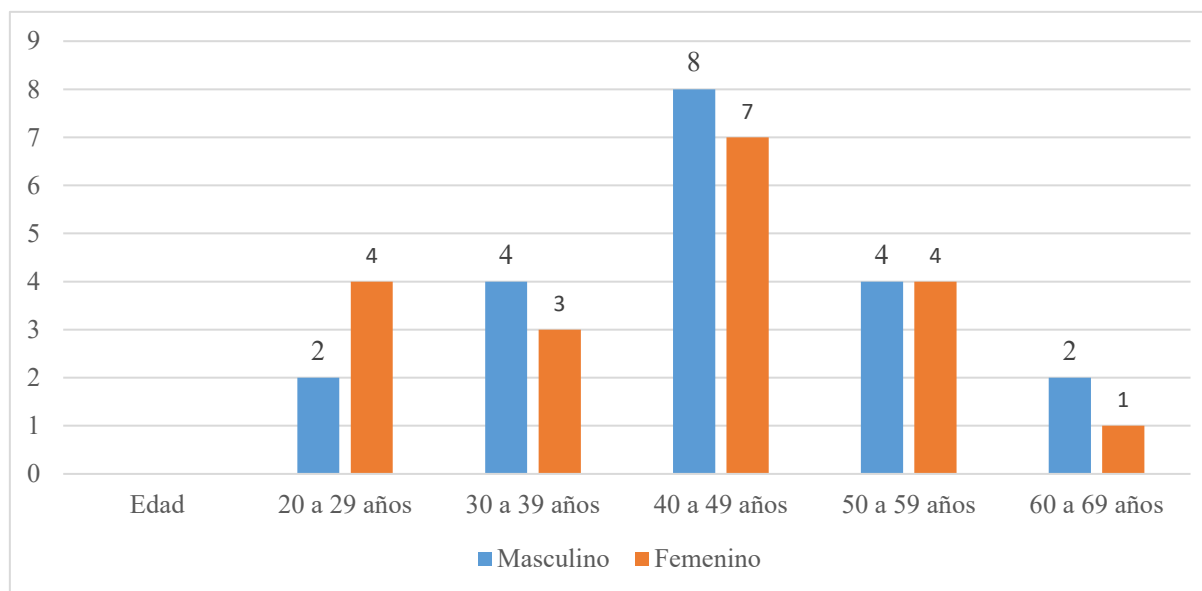


Figura 2. Edad y género de los pacientes

Fuente: elaboración propia

El 51.4% de los pacientes corresponde al género masculino y el 48.6% al femenino. Además, predomina el rango de edad de 40 a 49 años, con el 38.6% de los casos, con ocho hombres y siete mujeres, seguido por el rango de 50 a 59 años con 20.4% con igual número de hombres que de mujeres. Se observa una prevalencia de ERGE similar, con seis y siete casos, en las edades de 20 a 29 y 30 a 39 años respectivamente, mientras que en el rango de 60 a 69 años hubo tres casos, dos de ellos de género masculino.

Tabla 2. Estado civil y etnia de los pacientes.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Soltero(a)	10	25.5%	Blanca	12	30.7%
Casado(a)	14	36.1%	Mestiza	14	36.1%
Viudo(a)	3	7.7%	Indígena	1	2.5%
Unión libre	12	30.7%	Negra	12	30.7%
Total	39	100%		39	100%

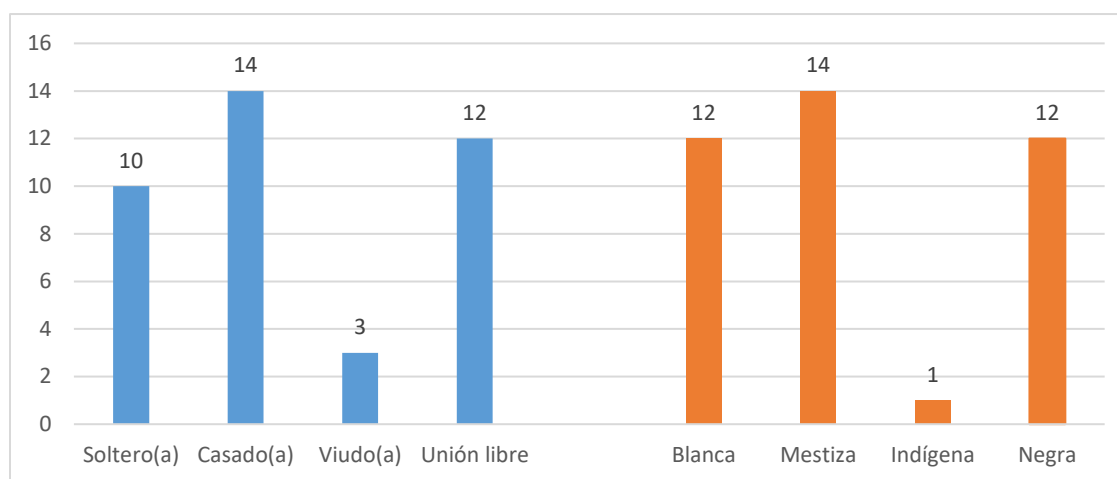


Figura 3. Estado civil y etnia de los pacientes

Fuente: elaboración propia

Puede apreciarse que los pacientes casados y en unión libre la incidencia de ERGE llega al 36.1% y 30.7% respectivamente, mientras que en pacientes solteros llega al 25.5% y es notablemente menor en aquellos que se encuentran viudos (7.7%). En cuanto a la etnia, afecta en este grupo de pacientes principalmente a los mestizos (36.1%) seguidos de blancos y negros con 30.7% y, finalmente, un solo paciente indígena, que corresponde al 2.5%. Estos resultados guardan relación con los referentes al género y edad, puesto que de los 26 pacientes que son casados o viven en unión libre, 14 son hombres (53.8%), 12 mujeres (46.2%) y 13 (50%) se hallan en el rango de edad de entre 40 a 49 años.

Tabla 3. Nivel educativo y ocupación de los pacientes.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje	Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	1	2.5%	Empleado	22	56.4%
Bachillerato incompleto	4	10.2%	Desempleado	6	15.3%
Bachillerato completo	18	46.1%	Independiente	6	15.3%
Técnico	8	20.6%	Ama de casa	5	13.0%
Universitario	8	20.6%			
Total	39	100%		39	100%

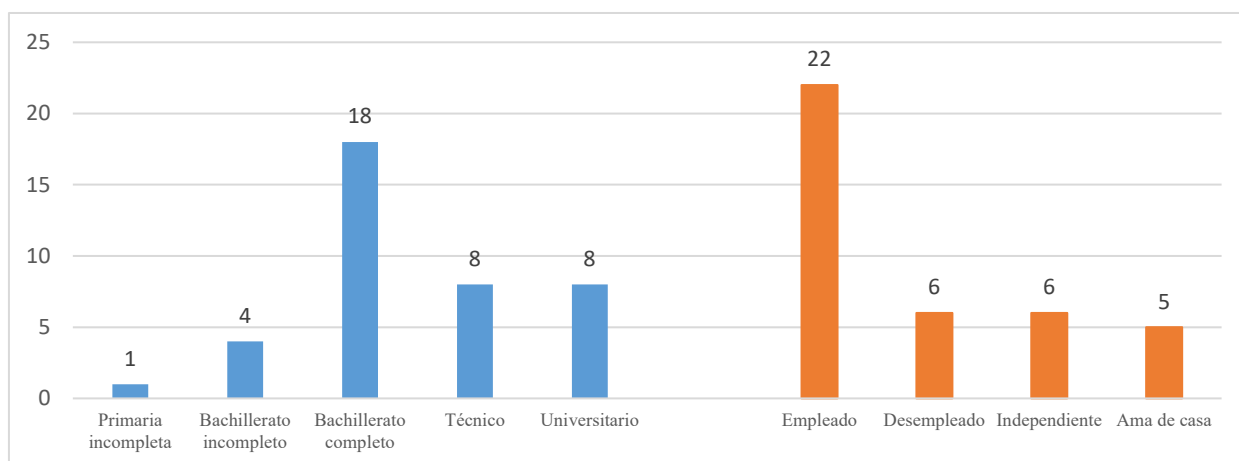


Figura 4. Nivel educativo y ocupación de los pacientes

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los pacientes, que corresponde al 46.1%, tienen estudios de bachillerato culminado; les sigue una proporción del 20.6% tanto para estudios técnicos como universitarios. El 10.2% no culminó sus estudios de bachillerato y un 2.5% no alcanzó a terminar la formación primaria. En cuanto a la ocupación, el 56.4% se encuentran empleados, están desempleados 15.3%, trabajan de manera autónoma o independiente un 15.3% y 13.0% son amas de casa. En las dos tendencias mayores: estudios de bachillerato completos y empleados, se encuentran 10 hombres y ocho mujeres y, de estos, cinco con edades entre 40 a 49 años.

Tabla 4. Lugar de residencia y estrato socioeconómico de los pacientes

Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Estrato socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	39	100%	Dos	32	82%
Rural	0	0%	Tres	7	18%
Total	39	100%		39	100%

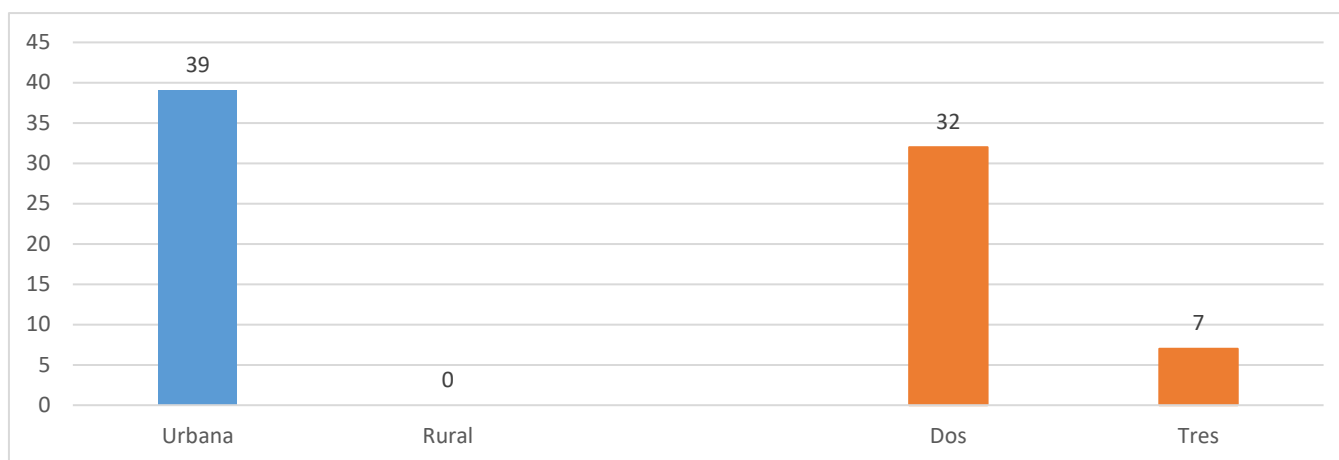


Figura 5. Lugar de residencia y estrato socioeconómico de los pacientes

Fuente: elaboración propia

El 100% de los pacientes reside en área urbana; 38 de ellos (97.5%) en la ciudad de Manizales y uno (2.5%) en el municipio de Neira. Además, 32 (82%) pertenece al estrato socioeconómicos dos y, siete (18%) al estrato tres, lo que muestra que todos los pacientes que acuden al servicio de endoscopia de la Clínica San Marcel son personas de bajos y medios recursos,

lo que se relaciona con ocupaciones no especializadas y con niveles de educación que, en su mayoría, corresponden al bachillerato completo.

6.2 Características clínicas

Tabla 5. Síntomas y pruebas diagnósticas de los pacientes

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje	Pruebas diagnósticas	Frecuencia	Porcentaje
Pirosis	39	100%	Endoscopia	39	100%
Vómito	37	95%	Esofagograma	1	2.5%
Dolor de tórax	7	18 %	Manometría	1	2.5%
Dificultad al tragar	32	82%	Biopsia	4	10.2%
Dolor al tragar	13	33%			
Tos crónica	37	95%			
Ronquera	35	90%			

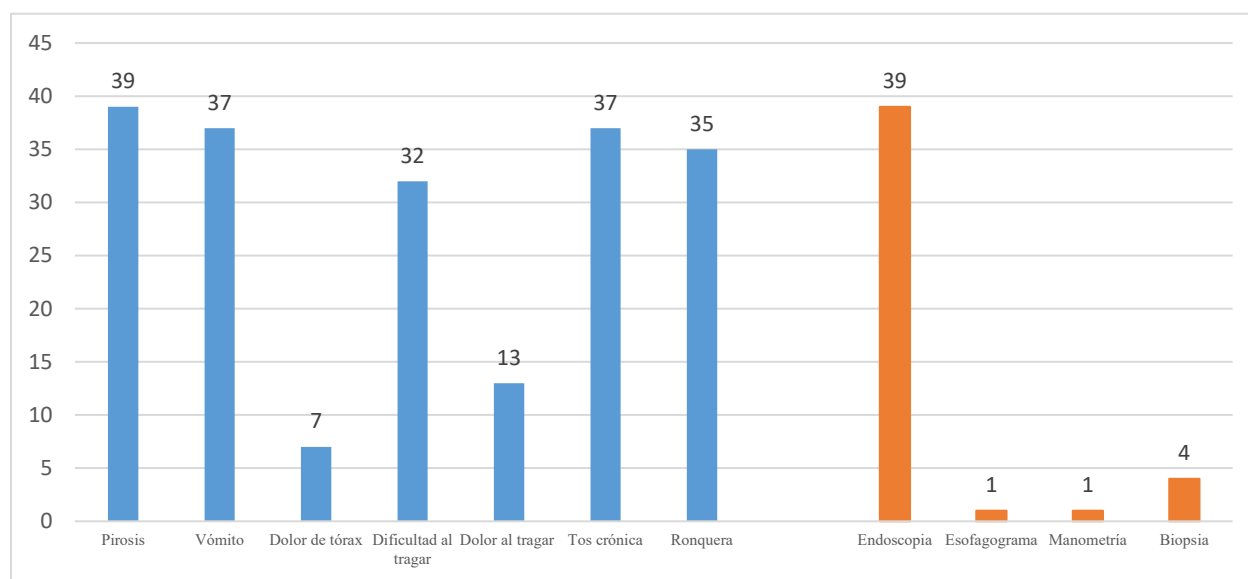


Figura 6. Síntomas y pruebas diagnósticas de los pacientes

Fuente: elaboración propia

Todos los pacientes reportaron más de un síntoma de ERGE. El 100% menciona la pirosis, el 95% tanto vómito como tos crónica, 90% ronquera, 82% dificultad al tragar, 33% dolor al tragar

y 18% dolor torácico. Para ser diagnosticados con ERGE, el 100% han sido sometidos a endoscopia, lo que es congruente con su principal síntoma, la pirosis, ya que este examen suele ordenarse cuando se presenta ardor en el tracto gastroesofágico. Además, al 10.2% se les ha realizado biopsia y, 2.5% también han tenido estudio de esofagograma y manometría.

6.3 Factores de riesgo y comorbilidades

Tabla 6. Factores de riesgo nutricionales y de sociales o del estilo de vida.

Nutricionales	Frecuencia	Porcentaje	Sociales o del estilo de vida	Frecuencia	Porcentaje
Comida grasa	25	64%	Tabaco	22	56%
Gaseosas	27	69%	Alcohol	17	43%
Ají o picante	18	46%	Dormir boca arriba	33	84%
Cítricos	27	69%	Sedentarismo	33	84%
Café	32	82%			
Chocolate	22	56%			

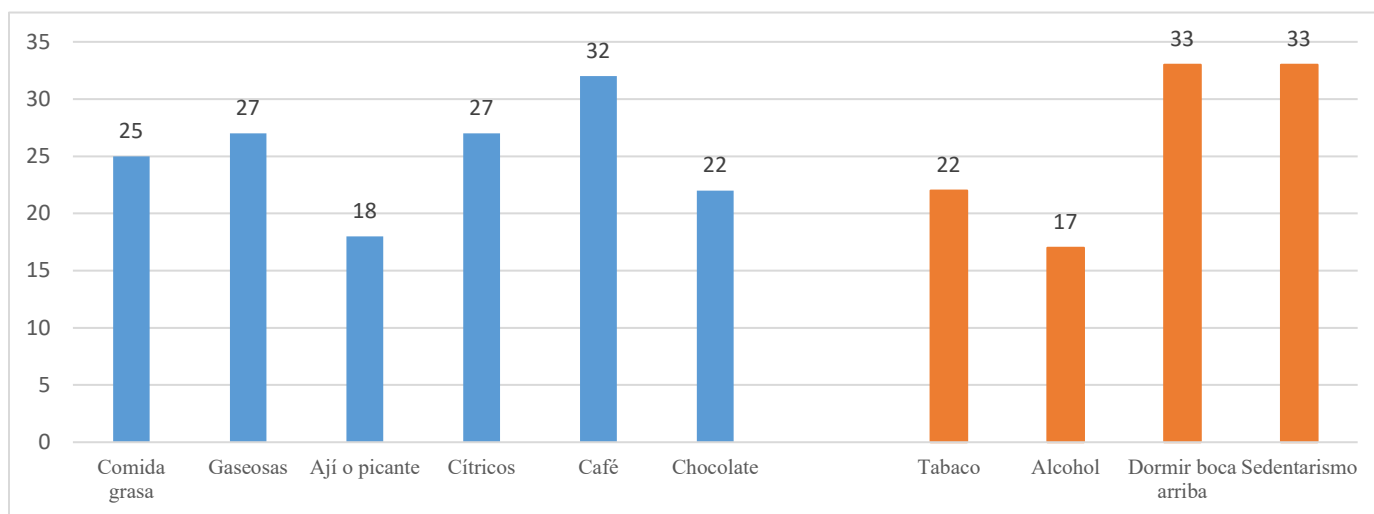


Figura 7. Factores de riesgo nutricional y social o de estilo de vida

Fuente: elaboración propia

Todos los pacientes consumen simultáneamente algunos de los alimentos que se consideran como posibles desencadenantes de ERGE. El 82% informa consumo habitual de café, 69%

gaseosas y cítricos, 64% comida alta en grasa, 56% chocolate y 18% ají o comidas picantes. Dormir boca arriba sin una almohada alta, así como el sedentarismo, predominan como factores de riesgo de estilo de vida en 84% de los pacientes. Le siguen el consumo de tabaco con 56% y de bebidas alcohólicas con 43%.

Tabla 7. Factores de riesgo metabólico y comórbido o genético.

Metabólicos	Frecuencia	Porcentaje	Comórbidos o genéticos	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	11	28.2%	Hipertensión	11	28.2%
Obesidad	6	15.3%	Diabetes	4	10.2%
Colesterol alto	12	30.7%	Apnea del sueño	1	2.5%
Triglicéridos altos	8	20.6%	Patologías cardiovasculares	1	2.5%
			Antecedentes familiares	1	2.5%
Total	37	94.8%		18	45.9%

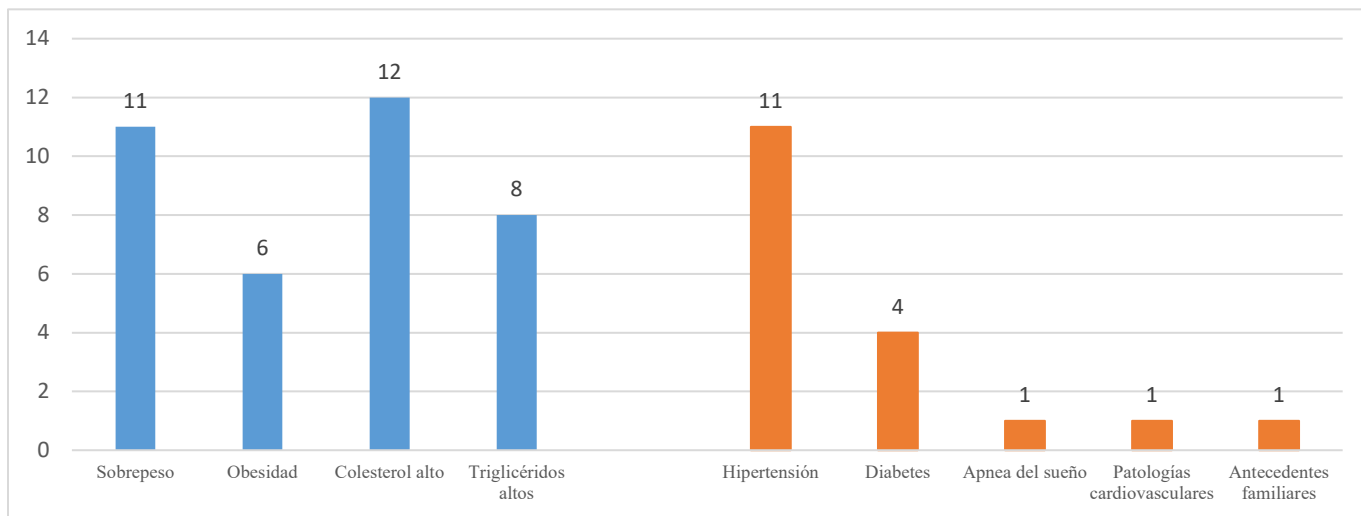


Figura 8. Factores de riesgo metabólico y comórbido o genético

Fuente: elaboración propia

El 94.8% de los pacientes tiene algún factor de riesgo metabólico. En su orden: 30.7% niveles altos de colesterol, 28.2% sobrepeso, 20.6% triglicéridos altos y 15.3% obesidad. 18 de los 39 pacientes tienen factores de riesgo comórbido y genético.

En los factores comórbido predomina con 28.2% la hipertensión, 10.2% diabetes, 2.5% tanto para apnea del sueño como patologías cardiovasculares y solamente un paciente (2.5%) tiene factor genético de antecedentes familia

Tabla 8. Medicamentos y factores de riesgo del estado de ánimo.

Medicamentos	Frecuencia	Porcentaje	Factores del estado de ánimo	Frecuencia	Porcentaje
Esomeprazol	5	13.0%	Irritabilidad	5	13.0%
Omeprazol	22	56.4%	Tristeza	9	23.0%
Atorvastatina	9	23.0%	Ansiedad	26	66.6%
Ibuprofeno	5	13.0%	Insomnio	12	30.7%
Enalapril	11	28.2%			
Acetaminofén	18	46.1%			
Fluoxetina	6	15.3%			
Milanta	6	15.3%			

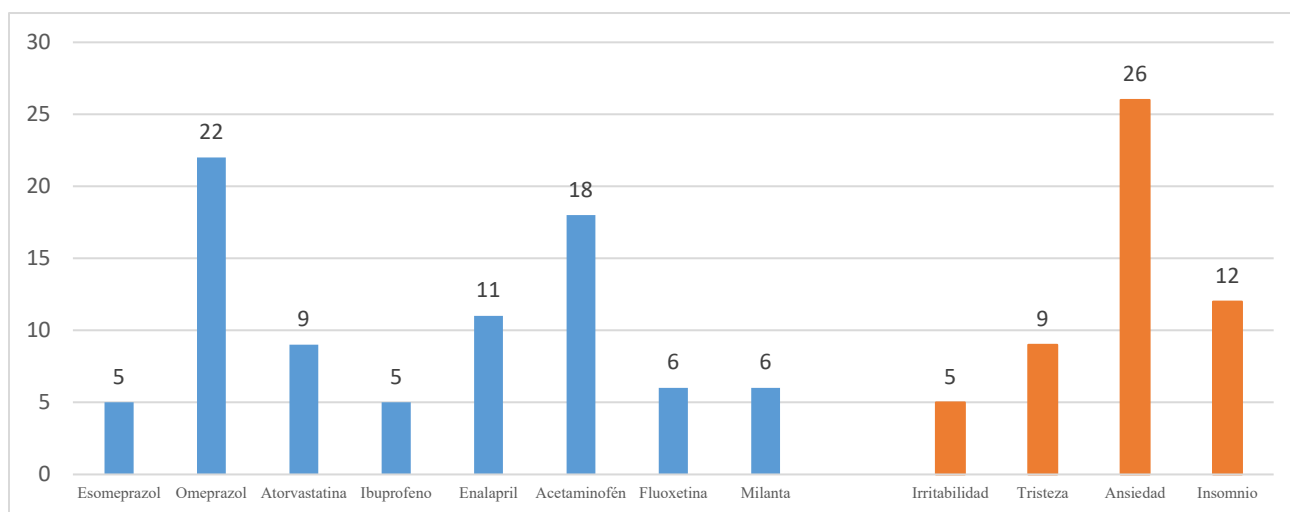


Figura 9. Medicamentos y factores de riesgo del estado de ánimo

Fuente: elaboración propia

Todos los pacientes consumen varios tipos de medicamentos, tanto para el tratamiento de la ERGE como para sus comorbilidades. Específicamente, para la ERGE, 56.4% toma omeprazol, 15.3% milanta y 13% esomeprazol. En el tratamiento de otras patologías, el 46.1% toma acetaminofén (analgésico para el dolor), 28.2% enalapril (presión alta), 23.0% utiliza atorvastatina

(colesterol alto), 15.3% fluoxetina (problemas del estado de ánimo) y 13% ibuprofeno (AINE para el dolor y la inflamación).

Adicionalmente, en menores proporciones, consumen otros medicamentos como: naproxeno (AINE antiinflamatorio), lansoprazol (ERGE), ranitidina (ERGE), merformina (diabetes), losartán (presión alta), rosuvastatina (colesterol y triglicéridos altos), trazadona (antidepresivo), hidroclorotiazida (retención de líquidos), sertralina (trastornos del estado de ánimo), aspirina (analgésico y anticoagulante), clopidrogel (anticoagulante), amlodipino (bloqueador de los canales de calcio) y metoclopramida (síntomas estomacales propios de la diabetes).

Aunque 12 pacientes (30.7%) informaron que no presentan ningún factor de riesgo del estado de ánimo, los restantes 27 (69.3%) reportaron los siguientes: ansiedad 66%, insomnio 31%, tristeza 23% e irritabilidad 12%, factores de riesgo en los que predomina la ansiedad en 26 pacientes, acompañada en menor proporción por los otros informados.

7. Discusión

En este apartado se comparan los resultados obtenidos en esta investigación con los reportados por los trabajos antecedentes.

En cuanto a las características sociodemográficas, en el presente estudio, se halló mayor prevalencia de ERGE en el grupo de pacientes con edades entre 40 a 49 años, a diferencia de la investigación de Rojas (2018) en la que no se consideró la edad como factor influyente en el desarrollo de la patología, y también del estudio de Fajardo et al. (2017) en el que más de mitad de la muestra de pacientes con ERGE eran menores de 42 años. Sin embargo, se puede afirmar que existe alguna similitud con los resultados del trabajo de Molina (2015) en el que encontró mayor presencia de la enfermedad en personas con edades de 30 a 49 años.

Respecto al género de los pacientes, en esta investigación no hubo mayor diferencia, puesto que 49% fueron mujeres y 51% hombres, lo que coincide con el trabajo de Albuja (2016), pero difiere de Rojas (2018), Fajardo et al. (2017), Molina (2015) y Ricardo et al. (2014) quienes reportan mayor prevalencia de ERGE en mujeres.

En cuanto a la etnia, los resultados de esta investigación no pueden compararse con otros estudios, puesto que en indagaciones anteriores los autores no han reportado esta variable. Así mismo sucede respecto al nivel educativo, la ocupación de los pacientes y su lugar de residencia, hallazgos relevantes porque brindan información nueva que puede tenerse en cuenta en estudios posteriores para su comparación. Únicamente el estudio de Fajardo et al. (2017) indagó sobre el estrato socioeconómico y el estado civil, coincidiendo con esta investigación en que la mayoría de los pacientes se ubicaban en los estratos socioeconómicos uno a tres y convivían con pareja.

En lo que tiene que ver con la sintomatología de la ERGE en los pacientes de este estudio, lo encontrado coincide con lo reportado en la literatura respecto a que el síntoma principal es la pirosis (Serra, 2014; Aburto, 2015). Y también con el estudio de Arín e Iglesias (2003) en cuanto a la presencia de vómito o regurgitación y dolor torácico. Igualmente, en su orden se mencionan

dificultad y dolor al tragar, así como tos crónica, síntomas identificados en las investigaciones de Gómez (2007), la Asociación Española de Cirujanos (2001) y la Asociación Española de Gastroenterología (2019). Como novedad, se tiene que el 90% de los pacientes de esta investigación reportaron ronquera, a diferencia de las investigaciones previas en las que no se menciona este síntoma.

En los antecedentes de investigación no se mencionan las pruebas a las que han sido sometidos los pacientes para la detección de ERGE, siendo este otro dato novedoso que sí se aborda en este estudio y el cual arrojó a la endoscopia como principal método diagnóstico.

Los factores de riesgo nutricionales encontrados en esta investigación incluyen consumo de comidas grasas, cítricos, café y chocolate, al igual que en el estudio de Albuja (2016) y en informe de la Organización Mundial de Gastroenterología (2015), se mencionan especialmente las comidas grasas y las bebidas gaseosas. El consumo de ají o comida picante no fue reportado en los antecedentes de investigación.

Respecto a los factores de riesgo que tienen que ver con el estilo de vida de los pacientes, en este estudio se evidenciaron el consumo de alcohol y tabaco, el sedentarismo y dormir boca arriba. Los primeros dos (alcohol y tabaco), también fueron reportados por Rojas (2018), Albuja (2016), Fajardo et al. (2017), Molina (2015) y Ricardo, et al. (2014). Sin embargo, la Organización Mundial de Gastroenterología (2015) menciona que no hay suficiente evidencia científica para considerar al alcohol y al tabaco como factores de riesgo para el desarrollo de ERGE. El sedentarismo no ha sido reportado en la literatura previa, hallazgo de esta investigación en el que se evidenció un alto porcentaje y solamente el estudio de Albuja (2016) reporta dormir boca arriba como factor de riesgo del estilo de vida.

Las comorbilidades encontradas en estudios previos como el de Páramo, et al. (2016) y el realizado por la Organización Mundial de Gastroenterología (2015) destacan en primer lugar la hipertensión, seguida por la diabetes, los problemas cardiovasculares, la apnea del sueño, lo que concuerda con los resultados de esta investigación. Los antecedentes familiares también fueron

abordados por Albuja (2016) quien los identificó en un 41% de los pacientes de su estudio, mientras que en esta investigación se presentan únicamente en el 3% de los participantes.

En cuanto a los factores metabólicos, las investigaciones previas de Albuja (2016) y Fajardo et al. (2017) destacan el sobrepeso y la obesidad, que también fueron identificados en este estudio. Cabe destacar que aquí también se abordaron el colesterol y los triglicéridos altos, de los cuales no se encontraron antecedentes investigativos.

En el consumo de medicamentos se destacan, como es lógico, aquellos indicados para el tratamiento de la ERGE. En cuanto a los recetados para las comorbilidades, el estudio de Rojas (2018) menciona a los AINES como posibles potenciadores de los síntomas asociados con la ERGE, así como la Organización Mundial de Gastroenterología (2015), que añade los antagonistas de los canales del calcio, que concuerdan con los hallazgos de esta investigación.

Finalmente, en este estudio se indagó sobre factores de riesgo del estado de ánimo, variable que no ha sido abordada en investigaciones previas y es importante señalar que en los resultados se destacan la ansiedad, el insomnio, la tristeza y la irritabilidad.

8. Conclusiones.

Este estudio concluye:

La caracterización sociodemográfica de los pacientes que hicieron parte de esta investigación, que han sido atendidos en el servicio de endoscopia de la Clínica San Marcel de la ciudad de Manizales en el año 2020, permitió establecer que la ERGE se presenta en su mayoría, en personas con un rango etario entre 40 a 49 años, sin distingo de género, con estado civil casadas o en unión libre, tanto de raza blanca como negra y mestiza, con nivel educativo bachillerato completo, mayormente empleados, con residencia urbana y pertenecientes al estrato socioeconómico dos.

Por su parte, las características clínicas predominantes en la muestra de estudio fueron en su orden: pirosis, vómito o regurgitación, tos crónica, ronquera, dificultad para tragar, dolor al tragar y dolor de tórax. Además de la endoscopia que se les ha realizado a todos los pacientes, cuatro de ellos se han sometido a biopsias, uno a esofagograma y otro a manometría, sin que hasta el momento se le haya practicado a ninguno una pHmetría, prueba que algunos autores recomiendan para pacientes que no han mejorado con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y tienen endoscopias negativas que no presentan lesiones en la mucosa.

Se identificó el consumo de medicamentos propios para el tratamiento de la ERGE, así como otros recomendados para diversas comorbilidades entre las que se destacan la hipertensión y la diabetes. Según la literatura consultada, los bloqueadores del canal de calcio y los analgésicos, que se recetan para las patologías mencionadas, así como los que se prescriben para el mejoramiento de alteraciones del estado de ánimo, pueden aumentar los síntomas de la ERGE.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad están relacionados con los hábitos alimenticios (comidas grasas, bebidas gaseosas, café, cítricos, chocolate y picante), el sobrepeso, la obesidad, colesterol y triglicéridos altos, consumo de tabaco, alcohol, hábito de dormir boca arriba sin almohada alta y sedentarismo. Finalmente, es importante mencionar la presencia de factores de riesgo del estado de ánimo como ansiedad, insomnio, tristeza e irritabilidad, que podrían contribuir al mantenimiento y agravación de la enfermedad.

9. Recomendaciones

Desde la práctica de enfermería, tanto en la Clínica San Marcel, institución en la que se llevó a cabo esta investigación, como en todas las entidades promotoras y prestadoras de servicios de salud, se debe trabajar conjuntamente con las administraciones y los pacientes para diseñar y llevar a cabo intervenciones conducentes a la prevención y al manejo más asertivo de la ERGE en los pacientes.

De este modo, se recomienda:

Promover que los pacientes se alimenten de manera adecuada, siguiendo una dieta rica en proteínas y baja en grasas, ingiriendo cinco o seis comidas en raciones pequeñas a lo largo del día, lo que facilitará la digestión.

Así mismo, crear conciencia en los pacientes de que deben abstenerse de consumir tabaco, alcohol, grasas, condimentos, gaseosas, chocolate, cítricos, picante, ya que actúan disminuyendo el tono del esfínter esofágico inferior, favoreciendo la producción de reflujo.

Incentivar la práctica ejercicio físico, adecuado para su condición de salud, con el fin de evitar el sobrepeso o disminuirlo en quienes ya lo tienen.

Educar en la importancia de mantener una postura adecuada tras las comidas; es recomendable que se eviten las siestas. Sin embargo, si los pacientes acostumbran recostarse después de comer, debe ser con un cabecero elevado. De igual forma, instruirles en que luego de ingerir alimentos no deben realizar ninguna actividad que requiera algún esfuerzo físico.

Finalmente, realizar intervenciones encaminadas a reducir los niveles de estrés, instruyéndolos en técnicas de relajación que sean fáciles de realizar y con las que logren sentirse cómodos y descansados.

Referencias

- Albuja, L. (2016). *Manifestaciones clínicas y factores de riesgo asociados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes de 40 a 50 años atendidos en el servicio de gastroenterología del Hospital Provincial Docente Ambato. Enero-abril 2016. Trabajo de pregrado* (Medicina). Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Obtenido de <https://bit.ly/2ywfpUg>
- Alcaldía de Manizales (2020). *Información general*. Obtenido de <https://bit.ly/2XfNYaw>
- Alcedo, J. y Mearín, F. (2011). La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. Obtenido de <https://bit.ly/3cY6RnT>
- Aburto, A. (2015). *Pirosis*. Obtenido de <https://bit.ly/2VMCQkT>
- Arín, A. e Iglesias, M. (2003). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(2), 251-268. Obtenido de <https://bit.ly/3bQQDfI>
- Aristizabal, G., Blanco, D., Sánchez, A. y Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 16-2. Obtenido de <https://bit.ly/2Sv0YpT>
- Asociación Española de Cirujanos (2001). *Cirugía esofagogástrica*. Obtenido de <https://bit.ly/2Skfe4W>
- Asociación Española de Gastroenterología (2019). *Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto*. Obtenido de <https://bit.ly/2W80qHQ>
- BC Noticias (2019). *Manizales tiene 400 mil 436 habitantes*. Obtenido de <https://bit.ly/3chu3MR>
- Cano, I., García, A. y Pacheco, J. (2003). Influencia del reflujo gastroesofágico en el desarrollo de enfermedades de la vía aérea superior. *Anales de Pediatría*, 1(1), 47-54. Obtenido de <https://bit.ly/2YiknhO>
- Cabrera, C. (2017). *Seminario de tesis. Capítulo III. Marco metodológico*. Obtenido de <https://bit.ly/2Bpy2tN>
- Casado, F., Delgado, A. e Íñigo, A. (2017). Disfagia esofágica y trastornos motores de esófago. *RAPD ONLINE*, 40(1), 35-42. Obtenido de <https://bit.ly/3aSTLqa>
- Claros, A., Sotelo, H. y Tovar, J. (2010). *Manifestaciones clínicas y factores de riesgo para la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población urbana trabajadora de la ciudad*

- de Neiva (Huila) de las empresas Hospital Universitario de Neiva, Facultad de Salud de la USCO, Empresas Públicas, Electrohuila, Lotería del Huila, Fonedh, Comfamiliar e ICETEX entre agosto y diciembre de 2010.* Trabajo de pregrado (Medicina). Neiva: Universidad Sur Colombiana. Obtenido de <https://bit.ly/3cVPQdB>
- Congreso de Colombia (16 de febrero de 2015). *Ley Estatutaria 1751, por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* Obtenido de <https://bit.ly/2JbqQSO>
- De Ardila, A. (2009). Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 24(1), 87-94. Obtenido de <https://bit.ly/3bR6meX>
- Fajardo, E., Montero, E., Hernández, V., Capera, C., Barajas, H. y Carvajal, J. (2017). Factores asociados a la prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico en funcionarios de una universidad pública de Ibagué (Colombia). *Salud Uninorte*, 33(3), 296-305. Obtenido de <https://bit.ly/2WCgbXC>
- Gómez, A. (2007). Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Farmacia Profesional*, 21(7), 39-43. Obtenido de <https://bit.ly/3e8WUUT>
- González, J., Hernández, T., Palomares, U., Castelltor, L., Pérez, J. y Anaya, R. (2015). Tratamiento actual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Cirujano General*, 37(2), 38-43. Obtenido de <https://bit.ly/2SnnFwf>
- Hernández, R., Fernández, L. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México, D.F.: McGraw Hill.
- Huerta, F. (2015). *Epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico*. En: SIGAME, México D.F.: ASECOM, pp. 27-47. Obtenido de <https://bit.ly/31A3aBb>
- Huerta, F., Bielsa, M., Remes, J., Valdovinos, M. y Tamayo, J. (2016). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología de México*, 81(4), 208-222. Obtenido de <https://bit.ly/3d3ZM4M>
- Katz, P., Gerson, L. y Vela, M. (2013). Pautas para el diagnóstico y manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *American Journal of Gastroenterology*, 108(3), 308-328. Obtenido de <https://bit.ly/2Sfjpio>
- Lynch, K. (2018). *Reflujo gastroesofágico (RGE)*. Obtenido de <https://msdmnls.co/3aNWXU1>

- Manizales cómo vamos (2019). *Informe de Calidad de Vida Manizales*. Obtenido de <https://bit.ly/2ZWdSSv>
- Mayo Clinic (2020). *Disfagia*. Obtenido de <https://mayoclinic.in/2YiWO8k>
- MedlinePlus (2017). *Cirugía antirreflujo*. Obtenido de <https://bit.ly/2Sq9t5E>
- Mezerville, L., Cabas, J., Contreras, F., Castellanos, L., Dondis, J. Galdámez, J., et al. (2014). Guía práctica de la Asociación Centroamericana y del Caribe de Gastroenterología y Endoscopia Gastrointestinal para el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 44(2), 138-153. Obtenido de <https://bit.ly/35jofjR>
- Ministerio de Salud (04 de octubre de 1993). *Resolución 8430*. Obtenido de <https://bit.ly/33i8c5g>
- Molina, A. (2015). *Enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos atendidos en el Subcentro de Salud Huachi Grande en el periodo 2013-2014*. Trabajo de pregrado (Medicina). Ambato-Ecuador: Universidad Regional Autónoma de Los Andes. Obtenido de <https://bit.ly/2WHmyc2>
- Miranda, P. (2017). *Tratamiento médico de la enfermedad esofagogastrica prevalente*. Obtenido de <https://bit.ly/3f8VIST>
- Olmos, J., Piskorz, M. y Vela, M. (2016). Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 46(2),160-172. Obtenido de <https://bit.ly/3aGRJJG>
- Orellana, L. (2001). *Estadística descriptiva*. Recuperado de: <http://www.dm.uba.ar/>
- Organización Mundial de Gastroenterología (2015). *Perspectiva mundial sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico*. Obtenido de <https://bit.ly/35jfczw>
- Otzen, T. y Manterola, C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1),227-232. Obtenido de <https://bit.ly/31Xejvq>
- Pacheco, A., Hart, S. y Morice, A. (2011). La relación entre el reflujo gastroesofágico y las enfermedades de la vía aérea: el paradigma del reflujo a vía aérea. *Archivos de Bronconeumología*, 47(4), 195-203. Obtenido de <https://bit.ly/3c03Dih>
- Páramo, D., Albis, R., Galiano, M., Molano, B., Rincón, R., Pineda, L. et al. (2016). Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 31(4), 337-346. Obtenido de <https://bit.ly/35cHThH>

- Parrilla, P., Martínez, L. y Ortiz, A. (Ed.) (2001). *Cirugía esofagogástrica*. Madrid: Asociación Española de Cirujanos. Obtenido de <https://bit.ly/2Skfe4W>
- Quante, M., Graham, T. y Jansen, M. (2018). Percepciones sobre la fisiopatología del adenocarcinoma de esófago. *Gastroenterology*, 154(2), 406-420. Obtenido de <https://bit.ly/2WavEOp>
- Rojas, S. (2020). *Factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de gastroenterología del Hospital Central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz en el año 2018*. Trabajo de pregrado (Medicina). Lima: Universidad Ricardo Palma. Obtenido de <https://bit.ly/35Hya2W>
- Ricardo, Y., Cabrera, J. y Noguera, C. (2014). Caracterización de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Multimed*, 18(1), 1-12. Obtenido de <https://bit.ly/2LfEghL>
- Salis, G. (2011). Revisión sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 41(1), 60-69. Obtenido de <https://bit.ly/314Tj6M>.
- Serra, J. (2014). Puesta al día en el reflujo gastroesofágico. *Gastroenterología y Hepatología*, 37(2), 73-82. Obtenido de <https://bit.ly/3d3r63l>
- Vakil, N., van Zanten, S., Kahrilas, P., Dent, J., Jones, R., Bianchi, L., et al. (2006). La definición y clasificación de Montreal de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: un consenso global basado en la evidencia. *American Journal of Gastroenterology*, (101), 1900-1920. Obtenido de <https://bit.ly/2zJ9TxF>
- Vargas, G. (2010). Esófago de Barrett: prevalencia y factores de riesgo en el Hospital Nacional “Arzobispo Loayza” Lima-Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 30(4), 284-304. Obtenido de <https://bit.ly/3cZKspP>
- Velarde, J., Rodríguez, J., González, C. y Mora, J. (2014). Guía para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Revista Médica MD*, 5(2), 87-93. Obtenido de <https://bit.ly/2W5ZYtE>

Anexos

Anexo 1. Formato de consentimiento informado

Yo, _____ identificado(a) con documento de identidad No. _____, acepto participar voluntariamente en la investigación Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE) atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel, llevada a cabo por Jhaneth Buriticá Loaiza, y Gilma Elena Carabali, para obtener su título en Enfermería Profesional por parte de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Reconozco que es una investigación sin riesgo (Ley 8430 de 1993, Ministerio de Salud), pues se realizará a través de la revisión de la historia clínica y de un cuestionario, cuyas respuestas serán usadas con propósitos únicamente investigativos, teniendo claro que toda la información suministrada tiene carácter de confidencialidad.

Reconozco que puedo retirarme del estudio en el momento que lo decida, sin tener que dar explicación alguna y sin consecuencias.

He sido informado(a) que en caso de tener alguna duda puedo contactar a la investigadora en el número: 3106727

Firma encuestado

Cedula

Firma de encuestador

Cédula:

Anexo 2. Cuestionario

Fundación Universitaria del Área Andina
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería

**Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con Enfermedad de Reflujo
 Gastroesofágico (ERGE) atendidos en el servicio de endoscopia Clínica San Marcel**

Cuestionario

Objetivo: obtener información sobre las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con ERGE atendidos en la Clínica San Marcel.

Orientación: las siguientes preguntas son de carácter confidencial y de uso exclusivo para esta investigación.

1. Caracterización sociodemográfica.

1.1 Edad: _____

1.2 Género: Femenino Masculino

1.3 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Unión libre

1.4 Etnia: Blanco Mestizo Indígena Negro
 Otra: ¿cuál?: _____

1.5 Nivel de estudios: Primaria incompleta Primaria completa
 Bachillerato incompleto Bachillerato completo Técnico
 Tecnólogo Universitario

1.6 Ocupación:

Empleado ¿a qué se dedica? _____Ama de casa Desempleado 1.7 Residencia: Urbana . Rural 1.8 Municipio de donde procede: Manizales Otro ¿Cuál? _____1.9 Estrato socioeconómico Uno Dos Tres Cuatro Cinco Seis **2. Características clínicas**

Por favor, marque con una X los síntomas que ha reportado a su médico tratante:

Síntomas

2.1 Sensación de ardor que sube desde el estómago hasta la faringe, con o sin llegada de contenido

gástrico a la boca (pirosis) 2.2 Regurgitación (vómito) 2.3 Dolor torácico 2.4 Dificultad para tragar 2.5 Dolor al tragar 2.6 Tos crónica 2.7 Ronquera (disfonía) **Pruebas diagnósticas**2.8 Esofagograma o prueba de bario 2.9 Endoscopia 2.10 pHmetría 2.11 Manometría 2.12 Biopsia

3. Factores de riesgo

Por favor, marque con una X si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo:

Nutricionales

3.1 Consumo habitual de comidas altas en contenido graso

3.2 Consumo habitual de bebidas gaseosas

3.3 Consumo habitual de ají o picante

3.4 Consumo habitual de cítricos

3.5 Consumo habitual de café

3.6 Consumo habitual de chocolate

Sociales o de estilo de vida

3.7 Consumo habitual de tabaco

3.8 Consumo habitual de alcohol

3.9 Duerme boca arriba sin almohada alta

3.10 Sedentarismo

Metabólicos

3.11 Sobrepeso

3.12 Obesidad

3.14 Colesterol alto

3.15 Niveles altos de triglicéridos

Mórbidos y genéticos

- 3.16 Hipertensión
- 3.17 Diabetes
- 3.18 Apnea del sueño
- 3.19 Problemas cardiovasculares
- 3.20 Antecedentes familiares

Tratamiento

3.21 Mencione los medicamentos que consume tanto para la ERGE como para otras patologías:

Frecuencia:

- 3.22 Irritabilidad
- 3.23 Tristeza
- 3.24 Ansiedad
- 3.25 Insomnio

Agradecemos mucho su colaboración, que brinda valiosa información para un mejor abordaje del tema que se investiga.