



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 ARAGÓN, D.F.
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA**



**“PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS
CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE 20 A 70 AÑOS
EN LA UMF 23”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. JUAN ALBERTO MORALES RUÍZ

México, D.F.

2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3516
U MED FAMILIAR NUM 3, D.F. NORTE

FECHA 17/01/2013

DR. MIGUEL VARELA HERNÁNDEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE 20 A 70 AÑOS EN LA U.M.F 23

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2013-3516-2

ATENTAMENTE

DR.(A). MIGUEL ALBERTO RAMÍREZ SOSA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3516

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES
EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS
CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO
DE 20 A 70 AÑOS EN LA UMF23**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
JUAN ALBERTO MORALES RUIZ,
AUTORIZACIONES**


**DR. UZIEL VALLE MATILDES
DIRECTOR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 23**


**DR. MIGUEL VARELA HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS DEL IMSS**


**DR. MIGUEL VARELA HERNANDEZ
INVESTIGADOR RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 23**

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PERSONAS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO DE 20 A 70 AÑOS EN LA UMF 23.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JUAN ALBERTO MORALES RUÍZ

AUTORIZACIONES



DR. HUMBERTO PEDRAZA MÉNDEZ
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



DR. JUAN ANTONIO GARCÍA BELLO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

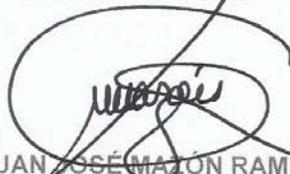
**PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE
PERSONAS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO
GASTROESOFÁGICO DE 20 A 70 AÑOS EN LA U.M.F . 23**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JUAN ALBERTO MORALES RUÍZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAÑÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

ÍNDICE

1) RESUMEN.....	3
2) MARCO TEÓRICO.....	4
3) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	20
4) PREGUNTA A INVESTIGAR.....	21
5) JUSTIFICACIÓN.....	22
6) OBJETIVO GENERAL.....	23
7) HIPÓTESIS.....	24
8) METODOLOGÍA.....	25
Tipo del estudio	
Sitio del estudio	
Universo de trabajo	
Tiempo de estudio	
Tipo de muestra	
Material y métodos	
Criterios de inclusión	
Criterios de exclusión	
Criterios de eliminación	
Variables	
9) ANÁLISIS DE DATOS.....	31
10) ASPECTOS ÉTICOS.....	32
11) RESULTADOS.....	33
12) DISCUSIÓN.....	38
13) ANEXOS.....	40
14) BIBLIOGRAFÍA.....	50

RESUMEN

PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE 20 A 70 AÑOS EN LA UMF 23

Varela Hernández Miguel¹ López Barrera Elvia² Morales Ruíz Juan Alberto³ ¹Medico Familiar UMF 3 ²CEIS UMF 3. ³Alumno EMFMG IMSS

INTRODUCCIÓN: La calidad de vida (CV) se evalúa subjetivamente por lo que requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El reflujo gastroesofágico (ERGE) provoca múltiples síntomas que pueden afectar la orofaringe, laringe, tracto traqueo-bronquial. Su importancia radica principalmente en su capacidad para alterar la calidad de vida.

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF 23.

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio transversal, prospectivo, descriptivo y observacional. El presente estudio se realizará en pacientes de ambos sexos de 20 a 70 años, ambos turnos, con diagnóstico de ERGE en la UMF No. 23. El presente estudio se realizó con el Instrumento SF-36 y GERD-HRQoL, ambos instrumentos están validados.

RESULTADOS: La CV en personas con ERGE se encontró alterada en un 23.5%. El síntoma más frecuente fue: ardor de estómago (33%) En el análisis sobre las alteraciones en la CV respecto a las dimensiones de la SF-36 el funcionamiento físico 42%, funcionamiento social 31%,

CONCLUSIONES: Las alteraciones en la calidad de vida de las personas encuestadas, fueron percibida como neutra en un 61 %, insatisfecha en 23.5%.

PALABRAS CLAVES: Calidad de Vida, Reflujo Gastroesofágico.

MARCO TEORICO

La evolución del concepto de calidad de vida no ha sido fácil. En los Estados Unidos de Norteamérica el término calidad de vida es asociado al mensaje de que la buena vida es algo más que la mera abundancia material o el buen vivir no es sólo el bienestar económico y material, sino también el bienestar psicológico entendido como la consecución de satisfacción y/o felicidad personal. La calidad de vida es algo subjetivo y que se nota. ¹

Este concepto ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual, hasta métodos objetivos, los cuales, mediante cuestionarios o instrumentos generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. ¹

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud. El concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida. ²

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud. Hay una serie de problemas metodológicos que se han venido resolviendo, y existe un buen número de instrumentos validados, aplicables a diversas enfermedades y poblaciones. Mientras que los instrumentos genéricos permiten evaluar diversos grupos y poblaciones, los instrumentos específicos permiten medir el impacto de un diagnóstico específico en condiciones crónicas. Los instrumentos disponibles actualmente para medir la calidad de vida son confiables y constituyen una herramienta complementaria para evaluar la respuesta al tratamiento.

La introducción de estos instrumentos no sólo se limita a la investigación de ensayos clínicos terapéuticos, sino que se extiende a la investigación en servicios de salud. Los modelos para la toma de decisiones requieren incorporar información de fuentes primarias sobre calidad de vida que nos ayuden a resolver los problemas del costo de la salud y de la asignación de recursos.³⁻⁴

La definición más clara para calidad de vida relacionada con la salud es la que utiliza el grupo WHOQL: “Percepción que tiene el individuo de los efectos de una enfermedad o de la aplicación de un tratamiento, en diversos ámbitos de su vida; en especial, de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional o social”.⁵

La enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) que es el conjunto de síntomas y lesiones producidas por el reflujo patológico de contenido gástrico hacia el esófago y que puede también afectar la orofaringe, laringe, tracto traqueo-bronquial y cavidad bucal. El contenido gástrico puede ser ácido o alcalino (reflujo biliar duodeno gástrico), puede ser líquido, gas o semisólido.⁶

La definición de Montreal establece que la ERGE es una “afección que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones”. Según esto, los pacientes presentan una peor calidad de vida cuando los síntomas de reflujo son moderados y/o éstos se presentan 2 o más veces por semana. Otros

estudios revelan que la ERGE se manifiesta con síntomas (esofágicos y extraesofágicos), con lesiones de la mucosa esofágica, o con síntomas y lesiones.⁶

Existe discrepancia al enunciar el nombre correcto que debieran de llevar estas múltiples alteraciones laríngeas, describiendo diferentes nombres entre ellos el de Reflujo gastroesofágico y aunque se han sugerido varios nombres para las inducidas por el reflujo, la nomenclatura adoptada por la Academia Americana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello es la de reflujo faringolaríngeo.⁷

Esta enfermedad se considera muy heterogénea, tanto en su génesis (diversidad etiopatogenia y fisiopatológica), como en su forma de presentación clínica (variedad de síndromes clínicos), siendo el ERGE patológico el denominador común, si bien también difiere en cuanto a magnitud, e incluso en composición, según casos y situaciones. La ERGE puede presentar complicaciones como son la esofagitis erosiva o ulcerada que ocasiona sangrado de tubo digestivo y anemia, o bien estenosis péptica y disfagia⁷. Siendo una enfermedad benigna en sentido estricto, tiene riesgo de malignización por sí misma o a través de cambios metaplásicos en la mucosa esofágica (esófago de Barrett) este cambio es de particular preocupación porque conlleva un incremento en el riesgo de producir un adenocarcinoma del esófago; debido a la persistencia e intensidad de sus síntomas puede ocasionar una morbi-mortalidad considerable. Episodios de reflujo gastroesofágico pueden generar lesiones laríngeas (disfonía, laringitis, estenosis subglótica, cáncer de laringe, etc.), erosiones dentales, asma y otras manifestaciones relacionados con el tracto respiratorio (tos crónica, sinusitis, neumonía, etc.)⁸ Ototubaritis con las consecuencias al oído en sus diferentes porciones externa, media e interna, como son perforaciones timpánicas por múltiples cuadros de otitis media desde la serosa hasta la supurativa que subyacen otros cuadros en el orden de la audición, en la conducción aérea ósea timpánica, tonal, neurosensorial hasta alteraciones que conllevan a patología de tipo coclear, laberíntica, vértigo paroxístico postural benigno.⁷⁻⁸

El esófago de Barrett se define por la sustitución parcial de las células del epitelio normal escamoso por células columnares (metaplasia intestinal) en la unión gastroesofágica proximal. Los síntomas de reflujo son un factor de riesgo para el

esófago de Barrett, aunque las personas diagnosticadas no siempre tienen antecedentes de reflujo y sólo una minoría de pacientes con ERGE llegará a desarrollar esófago de Barrett. Esta entidad está aumentando y es más frecuente en las personas mayores, con una edad promedio de presentación de 60 años.⁹

La hernia hiatal es la protrusión de un órgano, por lo común el estómago, a través del hiato esofágico desde su sitio en el abdomen al mediastino y al tórax. Existen tres tipos principales: Tipo I. O hernia por deslizamiento (desplazamiento axial de la unión esófago gástrica al tórax), Tipo II (unión esófago gástrica en posición normal con deslizamiento gástrico y ocasionalmente bazo, colon o epiplón mayor, hacia el tórax a un lado del esófago) y Tipo III la combinación de ambas. Los Tipos II y III se conocen como hernias paraesofágicas, habitualmente de mayor tamaño, pueden asociarse a síntomas obstructivos agudos o crónicos, siendo difíciles de tratar.¹⁰

Síndrome de Cherry bautizado en honor al apellido del doctor que la descubrió y no como se menciona por el color cerezado de la orofaringe. Esta patología refiere que el número de diagnósticos de reflujo laringofaríngeo (o síndrome de Cherry) aumentó el número anual de consultas relacionadas con este diagnóstico se incrementó en 36%, particularmente, por consultas hechas a otorrinolaringólogos. La prevalencia del reflujo laringofaríngeo en la población general se estima entre 15 y 20%; es ligeramente mayor en el género femenino (53-60%).¹¹

El reflujo laringofaríngeo es una afección gastrointestinal y otorrinolaringológica relacionada pero distinta de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, cuyas manifestaciones en la cabeza y el cuello son considerablemente diferentes de las manifestaciones por reflujo laringofaríngeo. Aproximadamente, entre 20 y 43% de los pacientes con reflujo faringolaríngeo tiene pirosis, y 18% padece esofagitis, mientras que por lo menos 40% de los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico padece esofagitis erosiva. La laringitis crónica y la deglución complicada se asocian con el reflujo gastroesofágico en más de 60% de los pacientes; además, éste es la tercera causa más común de congestión crónica, después de los problemas sinusales y el asma. La sensación de globo debida a este mismo origen se produce en 25 a 50%

de los casos. El cáncer laríngeo también se ha asociado con el reflujo gastroesofágico en diversas series de casos. ¹¹⁻¹²

Siendo la ERGE una enfermedad crónica y de curso clínico estable que altera mucho la calidad de vida, este deterioro repercute en el ámbito social, laboral y psicológico de los pacientes afectados, sobre todo cuando los síntomas son graves y ocurren por la noche e interfieren, principalmente la pirosis. Es muy prevalente en lo que se conoce y con un alto costo socio-sanitario por el consumo de recursos y por su impacto negativo en el rendimiento laboral. ¹²⁻¹³

La prevalencia de la ERGE es de 10% a 20% en Europa y América del Norte, y de aproximadamente de 5% en Asia. Representa el 75% de las enfermedades esofágicas. Su prevalencia en la población general se ubica entre el 7,7% y el 26%. En personas mayores de 50 años aumenta a porcentajes del 10 al 40%. Predomina en el hombre en una relación 3 a 1 sobre la mujer. Los pacientes obesos tienen 3 veces más posibilidad de tener reflujo comparados con las personas delgadas. Entre la población española la prevalencia de ERGE se estima en un 15%, con una prevalencia mensual de pirosis del 32% y de regurgitación del 22%. En la atención primaria (AP) de los países occidentales, la ERGE representa el 5% de las consultas. ¹³⁻¹⁴

En nuestro país, el veinte y cinco por ciento de los adultos mayores utilizan cotidianamente, en forma simultánea, tres medicamentos en promedio, entre los que destacan, por su uso más frecuente, los hipoglucemiantes, antihipertensivos y analgésicos, los cuales pueden favorecer la presentación o complicación de la ERGE. En efecto, la toma de AINES se ha asociado con la aparición de estenosis esofágicas y en el caso del ácido acetilsalicílico, utilizado como protección cardiovascular, influye en una mayor resistencia al tratamiento de la esofagitis, así como en facilitar las recaídas de estos enfermos.

En base en diferentes estudios, se estima que la ERGE afecta alrededor del doce por ciento de los mexicanos, teniendo un impacto significativo en la productividad laboral y la vida social de las personas. La prevalencia de síntomas de ERGE en adultos mayores es de veinte y cinco por ciento, siendo más común en el sexo femenino. ¹⁵

Es indispensable que el médico identifique cuales son las manifestaciones clínicas y estas van a ser esofágicas y extraesofágicas. La historia clínica juega un papel muy importante porque el diagnóstico se basa en los síntomas y usualmente el tratamiento se inicia en base a estos hallazgos. Dentro de las manifestaciones esofágicas se encuentra la pirosis que es el síntoma cardinal, típicamente la sensación de quemazón se inicia en el epigastrio y se irradia retroesternalmente hacia la garganta o el cuello, es exacerbado por comidas, por la posición supina o al agacharse, es aliviada por la ingesta de antiácidos, leche o comidas alcalinas y por la posición de pie. Se debe al estímulo ácido de nervios sensitivos en la capa profunda del epitelio esofágico. ¹⁶

La regurgitación es el segundo síntoma frecuente, es el paso del contenido gástrico al esófago, de sabor amargo, ácido sin esfuerzo, implica un reflujo severo que supera el esfínter esofágico superior, llegando a la faringe; lo favorece las mismas condiciones que a la pirosis. La presencia de disfagia, odinofagia o sangrado digestivo, usualmente son secundarias a complicaciones de la enfermedad como estenosis péptica o el desarrollo de úlceras o de adenocarcinoma esofágico. Las manifestaciones extraesofágicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), en especial las de la vía aérea superior (VAS), son de difícil diagnóstico y requieren la intervención de un equipo multidisciplinario. ¹⁶⁻¹⁷

En un estudio Alemán denominado ProGERD, el treinta y tres por ciento de los pacientes con pirosis presentaban manifestaciones extraesofágicas, independientemente de que tuvieran o no esofagitis. Los trastornos extraesofágicos más frecuentes fueron dolor torácico, tos crónica, desórdenes laríngeos y asma. Más del cincuenta por ciento de los dolores torácicos no cardiacos son producidos por reflujo gastroesofágico. Dentro de las manifestaciones otorrinolaringológicas se encuentran la laringitis posterior y faringitis. Las manifestaciones respiratorias incluyen tos crónica, asma bronquial, neumonitis recidivante. Las manifestaciones orales incluyen erosiones dentales cambio de color en el esmalte y quemazón oral.

Algunos reportes sugieren que entre el 50 a 80% de pacientes que sufren de enfermedad por reflujo gastroesofágico tienen desordenes del sueño. Se ha reportado insomnio, pobre calidad del sueño y también ronquido o apnea del sueño. ¹⁸

En algunos estudios se menciona que existen condiciones asociadas a ERGE y estas son las siguientes: En el paciente obeso el exceso de grasa del abdomen aumenta la presión intraabdominal y facilita que el contenido gástrico ascienda al esófago, durante el embarazo, el útero comprime al estómago y asciende el contenido gástrico al esófago, y el tono del esfínter esofágico inferior disminuye por la acción de la progesterona; la hernia hiatal disminuye la longitud y la amplitud de la zona de alta presión del esfínter esofágico inferior; el gastrinoma produce hiperclorhidria gástrica. Enfermedades autoinmunes como la esclerodermia, el síndrome CREST, la enfermedad mixta del tejido conectivo en donde se altera el tono del esfínter esofágico inferior y la motilidad esofágica, así como en la neuropatía diabética puede haber una disminución del tono del esfínter esofágico inferior y de la motilidad esofágica. El uso de sondas nasogástricas interfiere con el cierre del esfínter esofágico inferior; los pacientes alimentados por sondas de gastrostomía, si son alimentados en posición supina, así como en las dilataciones neumáticas del esfínter esofágico inferior (tratamiento de acalasia). El paciente postoperado de miotomía de Heller (tratamiento de acalasia), el que se somete cirugía para obesidad con banda gástrica y el paciente con una gastrectomía subtotal Billroth II. La infección por *Helicobacter pylori* puede producir gastritis atrófica antrocorporal, algunos estudios señalan que en estos pacientes el tratamiento para la bacteria podría exacerbar síntomas o daño secundario a reflujo gastroesofágico, sin embargo no hay evidencia suficiente como para recomendar.¹⁹⁻²⁰

El reflujo puede ser tanto desencadenante como factor agravante de múltiples enfermedades de la VAS (vía aérea superior), recidivantes o crónicas. La mayoría presenta síntomas intermitentes con escasa respuesta a los tratamientos convencionales. La sospecha de la posible asociación de estas patologías con reflujo y el concepto de reflujo oculto (sin síntomas evidentes) son necesarios para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. La presencia de manifestaciones respiratorias en pacientes con ERGE sin los síntomas digestivos habituales. El reflujo faringolaríngeo o supraesofágico (RFL o RSE), ocurre cuando el contenido gástrico refluye más allá del esófago hacia la orofaringe y nasofaringe y producen síntomas y

daño tisular relacionados con la exposición directa al contenido gástrico (ácido/pepsina) o mediados por reflejos vagales.¹⁷⁻²¹

La ERGE es el gran simulador de las molestias faringolaríngeas, ya que dentro del espectro de manifestaciones clínicas pueden tener síntomas leves (formas subclínicas) o severos (complicaciones); y presentarse en forma típica o atípica de acuerdo a la clasificación de Montreal; principalmente la pirosis y la regurgitación, se denomina ERGE típica; presentación atípica es lo que se denomina como síndrome atípico que incluye el síndrome de tos por reflujo, el síndrome de asma por reflujo, y el síndrome de laringitis por reflujo. La laringitis crónica es una alteración frecuentemente diagnosticada y la ERGE ha sido asociada como factor etiológico en ella. Los síntomas típicos de la laringitis crónica incluyen disfonía, faringitis, odinofagia, necesidad constante de aclaramiento de la garganta, flema excesiva, dificultad para deglutir, pirosis y fatiga de la voz.¹⁸⁻²¹

Los síntomas respiratorios pueden ser vagos y coexistir con la enfermedad por reflujo, sin una verdadera relación causa-efecto. Para tratar estos pacientes, es fundamental realizar un diagnóstico preciso que asocie las dos entidades. Sin embargo, la relación causa-efecto entre enfermedad por reflujo gastroesofágico y los signos y síntomas faringolaríngeos está lejos de ser establecida, y sigue siendo muy controversial. Muchos pacientes diagnosticados inicialmente con enfermedad por reflujo gastroesofágico como causa de sus signos laríngeos no presentan exposición ácida anormal durante el monitoreo del pH, y más aún no responden sintomáticamente a la supresión ácida agresiva. En estos casos es habitual que el otorrinolaringólogo argumente que la supresión ácida no es adecuada o que otros agentes diferentes al ácido (bilis, gas, enzimas pancreáticas, etc.) son responsables de signos y síntomas. Por otra parte, el gastroenterólogo asume que seguramente existen otros agentes irritantes diferentes a la enfermedad por reflujo gastroesofágico que causan dicha sintomatología. Esta controversia resulta en un incremento considerable de costos ya que se realizan pruebas y se prescriben tratamientos inapropiados, además de que resulta en una gran frustración parte de los médicos y en confusión e insatisfacción por parte de los pacientes. Entonces, si bien se sugiere que existe una asociación

probable entre laringitis y reflujo, porque al momento de analizar dicha relación en la práctica clínica los resultantes son poco contundentes.²²

Un buen interrogatorio por parte del médico familiar permitirá llegar al diagnóstico en alrededor del 80% ya que tiene la oportunidad de estar en el primer contacto con el paciente y cuenta con los argumentos clínico diagnósticos para realizarlo aunados a la buena anamnesis de su historia clínica y apoyándose en los hallazgos iniciales o tardíos según encuentre a esta patología en el enfermo, el médico de cabecera de las unidades de medicina familiar debe estar alerta. En lo patognomónico y en los signos y síntomas inespecíficos. Los síntomas asociados son ronquera de la garganta, moco excesivo en la garganta, fatiga vocal, tos persistente, halitosis, faringitis frecuentes y disfonía. La disfonía progresiva o persistente por más de dos o tres semanas requiere examen laringofaríngeo para descartar cáncer u otras afecciones graves, así como una historia clínica cuidadosa con especial insistencia en los factores de riesgo como: abuso de la voz, tabaquismo, infecciones de las VAS, antecedentes de alergia, uso de aire acondicionado, entre otros. La falta de reconocimiento de esta enfermedad produce síntomas por un periodo prolongado y retardo en la curación o alivio de los síntomas.¹⁴⁻²²

Estudios recientes revelan que en la última década ha habido importantes avances diagnósticos y terapéuticos que han permitido un mayor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y determinar que estas enfermedades una entidad clínica heterogénea que incluye una variedad de síntomas y situaciones clínicas.¹⁸ La faringoamigdalitis es una infección de la faringe y amígdala que se caracteriza por garganta roja de más de cinco días de duración, afecta a ambos sexos y a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia. La faringoamigdalitis aguda corresponde a la infección de la orofaringe o nasofaringe y constituye una de las principales causas de consulta médica en la atención primaria. La mayoría de los casos son de causa viral. Siendo *S. pyogenes* la principal causa bacteriana. Afecta fundamentalmente a niños en edad escolar, 5-10 años, y es más prevalente en climas fríos o templados y en los periodos de invierno y primavera.²³

En los pacientes menores de edad hasta la adolescencia es muy común que se presenten cuadros repetitivos que oscilan entre periodos fluctuantes de 15 a 30 días, motivados por la inmadurez del sistema inmunológico. Este tipo de pacientes son multitratados con antibióticoterapia. Es importante comentar que los cuadros por reflujo gastroesofágico no son tomados en cuenta con la importancia que debiera de dárseles, entre esas patologías se encuentra en infantes: disfunción del píloro, hernia hiatal congénita y en niños mas grandes disfunción del esfínter esofágico inferior; en pacientes más grandes los cuadros amigdalinos debieran desaparecer sobre todo a la edad de 14 a 16 años que es cuando involucionan las amígdalas adenoideas, en esta supuesta edad la madurez del sistema inmunitario está en el proceso más rápido de maduración por lo tanto es importante que los médicos estén preparados en el diagnóstico que nos lleva a pensar que la inmunidad ha madurado y hay que pensar que el cuadro clínico es de origen gástrico. ²⁴

El envejecimiento ocasiona cambios orofaríngeos, esofágicos y estomacales que causan incremento en el riesgo de enfermedades esofágicas y gastrointestinales.⁴ Estudios específicos han encontrado que la ERGE es más frecuente en ancianos y generalmente tiene largo tiempo de evolución, lo cual explica que los pacientes ancianos presenten con más frecuencia esofagitis erosiva grave, estenosis esofágica y lesiones premalignas. Se ha observado que 81 % de pacientes de 60 años o más con ERGE desarrollan esofagitis erosiva y de los menores de esta edad sólo la desarrollan 47 %; el esófago de Barrett es dos veces más frecuente en pacientes ancianos en comparación con menores de 60 años.²⁵

Además del impacto económico, la ERGE también afecta la calidad de vida, porque en muchos pacientes la pirosis interfiere con el sueño. Un estudio mostró en pacientes con ERGE menos bienestar que los que tenían diabetes e hipertensión.¹⁰

El tratamiento de primer contacto debe comenzar con medidas higiénico-dietéticas; se deben evitar alimentos estimulantes de la secreción gástrica como el chile, bebidas con alcohol o con gas, café, especias y alimentos con alto contenido de grasas, así como el tipo de alimentos que desencadenan los síntomas en cada paciente. ²⁶

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utiliza el instrumento validado internacionalmente llamado cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS.²⁷

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental.

Puntuación de las escalas: Las puntuaciones de 0 (peor puntuación) a 100 (mejor puntuación) de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de popularidad por la traducción directa de sus máximo y mínimo a el mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población

de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia. ²⁷

Para evaluar el reflujo gastroesofágico se utiliza el instrumento denominado: GERD-HRQoL, es un instrumento tipo Likert validado a nivel internacional, consta de 8 ítems con 5 respuestas (0.- Muy satisfecho, 1.- Satisfecho, 2.- Neutro, 3.- Insatisfecho. 4,5.- Muy insatisfecho): La escala de medición es: 0.- Muy satisfecho, 8.- Satisfecho, 16.- Neutro, 24.- Insatisfecho, 32-180.- muy insatisfecho. ²⁸

La prevalencia de la ERGE es de 10% a 20% en Europa y América del Norte, y de aproximadamente de 5% en Asia. Representa el 75% de las enfermedades esofágicas. Su prevalencia en la población general se ubica entre el 7,7% y el 26%. En personas mayores de 50 años aumenta a porcentajes del 10 al 40%. Predomina en el hombre en una relación 3 a 1 sobre la mujer. Los pacientes obesos tienen tres veces más posibilidad de tener reflujo comparados con las personas delgadas. Entre la población española la prevalencia de ERGE se estima en un 15%, con una prevalencia mensual de pirosis del 32% y de regurgitación del 22%. En la atención primaria (AP) de los países occidentales, la ERGE representa el 5% de las consultas. ¹³⁻¹⁴

En un estudio Alemán denominado ProGERD, el 32.8% de los pacientes con pirosis presentaban manifestaciones extraesofágicas, independientemente de que tuvieran o no esofagitis. Los trastornos extraesofágicos más frecuentes fueron dolor torácico (14,5%), tos crónica (13%), desórdenes laríngeos (10,4%) y asma (4,8%). Más del 50% de los dolores torácicos no cardiacos son producidos por reflujo gastroesofágico. Dentro de las manifestaciones otorrinolaringológicas se encuentran la laringitis posterior y faringitis. Las manifestaciones respiratorias incluyen tos crónica, asma bronquial, neumonitis recidivante. Las manifestaciones orales incluyen erosiones dentales cambio de color en el esmalte y quemazón oral. Algunos reportes sugieren que entre el 50 a 80% de pacientes que sufren de enfermedad por reflujo gastroesofágico tienen desordenes del sueño. Se ha reportado insomnio, pobre calidad del sueño y también ronquido o apnea del sueño. ¹⁸

Un estudio colombiano realizado en el 2009 llamado: factores emocionales e impacto sobre la escolaridad y actividades sociales en adolescentes con dispepsia y reflujo gastroesofágico menciona los siguientes resultados: El 45,8% de los jóvenes se diagnosticaron como “dispepsia” y el 6,7% como “reflujo”. Se realizaron 87 endoscopias por dispepsia y 14 por reflujo, encontrando dispepsia de causa orgánica en 27,6%. Consumo de cigarrillo, analgésicos y alcohol: El consumo de cigarrillo fue de 17,2% en toda la población encuestada, mayor en hombres (25,9% vs. 11,3%, $p=0,001$), estrato socioeconómico alto, (24,3% vs. 10,2%, $p=0,001$) y entre los 18 y 20 años (33,9%, $p=0,001$). El uso de cigarrillo fue estadísticamente mayor en quienes tenían dispepsia comparados con quienes no tenían dispepsia ni reflujo ($p=0,004$).²⁸

El consumo de analgésicos en el total de adolescentes encuestados fue del 83,9%, sin asociación con la presencia de dispepsia. Las causas más frecuentes de este consumo fueron la dismenorrea y la cefalea. El consumo de alcohol en toda la población encuestada fue de 13,3%, mayor en los hombres ($p=0,001$), estrato socioeconómico alto ($p=0,001$) y en el rango de edad de 18 a 20 años, ($p=0,001$), siendo estadísticamente significativo en quienes tenían dispepsia ($p=0,015$).²⁹

Relación con ansiedad y depresión: Al considerar toda la población estudiada ($n=937$) y de acuerdo con los resultados de los cuestionarios de Zung. Para ansiedad y depresión corregidas 35,6% presentaban síntomas emocionales de ansiedad (leve 22,7%, moderado 8,3% y severo 4,6%), 40,3% de depresión (30,4% leve 7,4 % moderado y 2,5% severo) y 25,1% de ansiedad y depresión.²⁸⁻²⁹

En los adolescentes con dispepsia la frecuencia de síntomas de ansiedad fue de 50,1%, de depresión 53,6% y ansiedad + depresión 36,8% (versus 29,3%, 23,4% y 15,2% en escolares sanos ($p=0,001$)). La frecuencia de dispepsia fue mayor ($p=0,001$) en jóvenes con síntomas de ansiedad y depresión que en aquellos sin estos síntomas emocionales. Síntomas de ansiedad, depresión y de ansiedad + depresión se presentaron en 61,9%, 46,8% y 41,3% de escolares con reflujo comparado con 33,8%, 33,9% y 23,9% en los escolares sanos ($p=0,001$, NS y 0,002 respectivamente).²⁹

La asociación de ansiedad y/o depresión con consumo de cigarrillo o alcohol mostró un aumento del riesgo de dispepsia. La presencia de ansiedad, ansiedad más depresión y ansiedad más consumo de cigarrillo mostraron aumento del riesgo de reflujo.²⁹⁻³⁰

Al comparar la frecuencia de ansiedad y depresión en dispepsia orgánica y funcional no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Así, la ansiedad y la depresión están relacionadas con la presencia de dispepsia pero no con que esta sea orgánica o funcional. Aunque se encontró un OR alto al comparar el diagnóstico de dispepsia orgánica con la presencia de ansiedad + depresión y ansiedad + depresión + alcohol este no alcanzó significancia estadística. Aunque esto puede ser dado porque en realidad no existe asociación, también puede ser por tamaño de muestra insuficiente. Se encontró asociación de ansiedad, depresión y ansiedad + depresión con consumo de cigarrillo; también de ansiedad y ansiedad+ depresión con consumo de alcohol, pero no de ansiedad, depresión o ansiedad+ depresión y consumo de analgésicos.³⁰

Efecto sobre actividades cotidianas y actividad social: Se interrogó a los adolescentes si sientes que los síntomas digestivos que mencionaste te limitan para realizar tus actividades diarias y si Has dejado de asistir a fiestas u otros eventos sociales por las molestias que mencionaste. Encontramos que la limitación en las actividades cotidianas asociada con dispepsia y reflujo fue elevada y similar (61,1% y 61,9% respectivamente, $p=NS$), con una diferencia estadísticamente significativa al comparar esa limitación con la de los jóvenes que tenían síntomas solo ocasionalmente ($p = 0,001$ para dispepsia y $0,001$ para reflujo). No se encontró diferencia estadísticamente significativa respecto a la limitación de las actividades cotidianas al relacionarla con el sexo, la edad y la localización de la institución educativa, pero sí respecto al estrato socioeconómico, y se encontró que la limitación en las actividades cotidianas en jóvenes con dispepsia es mayor en el estrato socioeconómico bajo ($p = 0,001$).²⁹⁻³⁰

La presencia de dispepsia y reflujo se asocia con limitación de las actividades sociales como asistir a fiestas, en el 38,7% y 47,6% de los jóvenes respectivamente, y es

estadísticamente significativa la diferencia al comparar esa limitación con los jóvenes que tenían síntomas solo ocasionalmente ($p = 0,001$ para dispepsia y $0,001$ para reflujo). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en esta variable por sexo, edad y estrato socioeconómico. ²⁹⁻³¹

En España, la prevalencia de ERGE se estima entre el 10 y el 15%, cifra que se sitúa un poco por debajo de la media de los países de Europa y de América del Norte y por encima de los de Asia. La prevalencia del ERGE ha aumentado en las últimas décadas. En la atención primaria (AP) de los países occidentales, la ERGE representa el 5% de las consultas.

La incidencia de reflujo gastroesofágico en el Reino Unido es de 4.5 por 1,000 personas, mientras que en un estudio en la Unión Americana es de 5.4 por 1,000 personas. El reflujo gastroesofágico está en el tercer lugar de prevalencia en los Estados Unidos de Norteamérica, con costos directos o indirectos de alrededor de 10 billones de dólares anualmente. ³²

Un estudio realizado en el Hospital Central Militar de México en el 2009 llamado: Validación inicial del índice de síntomas de reflujo para su uso clínico se encontraron los siguientes resultados: Se analizaron los datos de 34 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. No se excluyó ninguno y no se identificaron padecimientos diferentes al reflujo faringolaríngeo en ninguno de los pacientes. Diecinueve (55.9%) fueron del sexo masculino. Las edades de presentación fueron de 22 a 68 años, con una media de 42.15 años (DE 14.83). Se obtuvieron puntuaciones del Índice de Síntomas de Reflujo, en promedio, de 17.12 puntos (DE 10.13), con un mínimo de 2 hasta un máximo de 41 puntos.

Los síntomas reportados con más frecuencia por los pacientes fueron la sensación de moco en la garganta, promedio 2.79 puntos (DE 1.51); sensación de cuerpo extraño en la garganta, promedio 2.76 puntos (DE 1.93) y la disfonía o problemas con la voz, con puntuación promedio de 2.44 puntos (DE 1.76). Seguido por el aclaramiento frecuente de la garganta (media 2.38, DE 1.72), pirosis o dolor torácico

(media 2.18, DE 1.75) y tos persistente (media 1.62, DE 1.58).³³

Los síntomas menos reportados fueron disnea o atragantamiento (media 1.06, DE 1.67), tos posprandial (media 0.97, DE 1.4) y disfagia (media 0.91, DE 1.58). No hubo diferencia significativa entre sexos. Se obtuvo un índice de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.867 con los nueve reactivos. Ninguno de los reactivos afectó negativamente la consistencia interna del instrumento. La matriz de correlación entre reactivos y su relación con el índice alfa de Cronbach se muestra en el cuadro 3. Se analizaron las correlaciones entre diversas variables por medio del coeficiente de correlación de Pearson. Ninguna de las correlaciones entre las variables fue negativa.

La edad se correlacionó con la puntuación total del índice ($P = 0.383$, $p = 0.025$). El peso también se correlacionó con la puntuación total del índice ($P = 0.379$, $p = 0.027$).

33

El reflujo faringolaríngeo se ha relacionado con la patogénesis de múltiples enfermedades del tubo digestivo aerosuperior, como la laringitis crónica, ulceraciones, lesiones de las cuerdas vocales, fijación aritenoidea, carcinoma laríngeo e incluso, estenosis subglótica. Existen varios estudios para el diagnóstico del reflujo faringolaríngeo como la valoración ambulatoria del pH en 24 horas con doble electrodo, la panendoscopia y los estudios de radiología general. Aunque la valoración ambulatoria del pH gástrico y esofágico es la prueba considerada el patrón de referencia para el diagnóstico del reflujo faringolaríngeo, tiene una utilidad limitada para el paciente ambulatorio, ya que se trata de una técnica relativamente invasora y no está disponible fácilmente en nuestro medio.³⁴

El reflujo faringolaríngeo afecta, incluso, a 10% de los pacientes que acuden a la consulta otorrinolaringológica, y se relaciona con múltiples padecimientos laríngeos, desde disfonía y globo faríngeo, hasta estenosis subglótica, asma y cáncer del tubo aerodigestivo superior, especialmente laríngeo. Su diagnóstico puede resultar problemático, en parte por su carácter intermitente y porque los estudios diagnósticos actuales tienen sensibilidad y especificidad bajas.³³⁻³⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de la ERGE es de 20% en Europa y América del Norte, y de aproximadamente de 5% en Asia. Representa el 75% de las enfermedades esofágicas. Su prevalencia en la población general se ubica entre el 7,7% y el 26%. En personas mayores de 50 años aumenta a porcentajes del 10 al 40%. Predomina en el hombre en una relación 3 a 1 sobre la mujer. Los pacientes obesos tienen tres veces más posibilidad de tener reflujo comparados con las personas delgadas. Entre la población española la prevalencia de ERGE se estima en un 15%, con una prevalencia de pirosis del 32% y de regurgitación del 22%. En la atención primaria (AP) de los países occidentales, la ERGE representa el 5% de las consultas.¹³⁻¹⁴

En nuestro país, el 25 % de los adultos mayores utilizan cotidianamente, en forma simultánea, tres medicamentos en promedio, entre los que destacan, por su uso más frecuente, los hipoglucemiantes, antihipertensivos y analgésicos, los cuales pueden favorecer la presentación o complicación de la ERGE. En efecto, la toma de AINES se ha asociado con la aparición de estenosis esofágicas y en el caso del ácido acetilsalicílico, utilizado como protección cardiovascular, influye en una mayor resistencia al tratamiento de la esofagitis, así como en facilitar las recaídas de estos enfermos. Con base en diferentes estudios, se estima que la ERGE afecta alrededor del 12 % de los mexicanos, teniendo un impacto significativo en la productividad laboral y la vida social de las personas. La prevalencia de síntomas de ERGE en adultos mayores es de 25%, siendo más común en el sexo femenino.¹⁵

La UMF No. 23 cuenta con una población total de 58, 612 derechohabientes, de los cuales 30,087 son del grupo etario de 20-70 años. En el 2010 se obtuvo un total de 6,925 pacientes diagnosticados con faringitis de los cuales 820 presentaron fallo en el tratamiento, con nuevo diagnóstico de ERGE. Por lo anterior surge la siguiente

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF 23?

JUSTIFICACIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es la consecuencia de la exposición del ácido del estómago sobre la mucosa gástrica. Se trata de una enfermedad prevalente, con síntomas típicos bien definidos; es una de las causas más frecuentes de consulta en la práctica clínica. Hasta 20 % de las personas que consultan por este motivo presentan complicaciones. Su importancia radica principalmente en su capacidad para alterar la calidad de vida y las actividades de la vida diaria, trayendo consigo un impacto en la dinámica familiar, en el ingreso económico.¹³

Aunque son muchos los factores de riesgo implicados en la ERGE (edad, sexo varón, alcohol, tabaco, hábitos higiénico-dietéticos), el mecanismo fisiopatológico por el que actúan es poco concluyente y la evidencia científica es débil. El aumento de masa corporal es el único factor de riesgo que ha demostrado su asociación con ERGE, ya que la probabilidad de presentar ERGE se incrementa un 7% por cada kg/m² que aumenta el índice de masa corporal. Todo esto ocasiona que no se dé un diagnóstico y tratamiento adecuados, ocasionando que las personas continúen con su estilo de vida y no cambian hábitos, contribuyendo con la intensificación de la sintomatología y favoreciendo las complicaciones. Esto ocasiona costes a la sociedad por incapacidad laboral, reducción laboral y de la actividad diaria de quienes la experimentan, incluso el mejor controlado con medicación, produciendo una alteración de la calidad de vida, con su familia y el entorno social; con respecto a la de la población normal y aquellos que padecen enfermedades crónico-degenerativas.¹⁴

El reflujo gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad que provoca múltiples síntomas y lesiones hacia el esófago y que puede también afectar la orofaringe, laringe, tracto traqueo-bronquial y cavidad bucal.¹⁵

La UMF No. 23 cuenta con una población total de 58, 612 derechohabientes, de los cuales 30,087 son del grupo etario de 20-70 años. En el 2010 se obtuvo un total de 6,925 pacientes diagnosticados con faringitis de los cuales 820 con fallo en el tratamiento, con nuevo Diagnóstico de ERGE.

OBJETIVOS

Identificar la prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF 23.

HIPOTESIS

H_1 =La calidad de vida se afecta en forma importante en los pacientes portadores de reflujo gastroesofagico.

H_0 =La calidad de vida no se afecta en los pacientes portadores de reflujo gastroesofagico

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Estudio con Diseño: Descriptivo, transversal, observacional y prospectivo.

SITIO DEL ESTUDIO: Unidad de Medicina Familiar No. 23 del IMSS.

UNIVERSO DE TRABAJO: Los participantes en el estudio fueron un total de 200 pacientes, muestra por conveniencia. El presente estudio se realizó en pacientes de ambos sexos de 20 a 70 años de ambos turnos que hubieran sido diagnosticadas con reflujo gastroesofágico y se evaluó su calidad de vida en la UMF No. 23 del IMSS. Se les invito a participar informándoles de manera clara sobre el estudio que se llevó a cabo: La autorización se recabo mediante un formato de consentimiento informado institucional. Posteriormente se le aplico dos instrumentos con preguntas tipo likert denominados: 1.- GERD-HRQoL, que es un instrumento que evalúa la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico, validado a nivel internacional, consta de 8 ítems y 2.- Para valorar la calidad de vida en personas enfermas (ERGE) se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems), cuestionario creado a principios de los años noventas y es un instrumento validado a nivel internacional.

TIEMPO DE ESTUDIO: 1 de mayo al 31 agosto 2013

TIPO DE MUESTREO: Pacientes diagnosticados de enfermedad por reflujo gastroesofágico de ambos sexos y turnos en la UMF No.23.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se utilizó el instrumento validado internacionalmente llamado cuestionario de salud SF-36 fue desarrollado, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. Ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos, para comparar la carga de muy diversas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valorar el estado de salud de pacientes individuales. Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en múltiples estudios por todo el mundo, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la CVRS. ²⁷

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas del test inicial. El cuestionario final cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Los 36 ítems del instrumento cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. A continuación se colocan las 8 escalas con su número de ítem:

Función física 10 ítems, rol físico 4 ítems, dolor corporal 2 ítems, salud general 5 ítems, vitalidad 4 ítems, función social 2 ítems, rol mental 3 ítems, salud mental 5 ítems, transición de la salud 1 ítem.

Puntuación de las escalas: Las puntuaciones de 0 (peor puntuación) a 100 (mejor puntuación) de las escalas del SF-36 han sido ampliamente utilizadas y gozan de

popularidad por la traducción directa de sus máximo y mínimo a el mejor y el peor de los estados de salud posibles. Sin embargo, los autores proponen para las nuevas componentes sumario del SF-36 las puntuaciones basadas en normas, cuya principal ventaja es que los resultados son directamente interpretables respecto a la población de referencia. Así, puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la media de la población de referencia. ²⁷⁻³⁷

Para evaluar el reflujo gastroesofágico se utilizo el instrumento denominado: GERD-HRQoL, es un instrumento tipo Likert validado a nivel internacional, consta de 8 Ítems con 5 respuestas (0.- Muy satisfecho, 1.- Satisfecho, 2.- Neutro, 3.- Insatisfecho. 4,5.- Muy insatisfecho): La escala de medición es: 0.- Muy satisfecho, 8.- Satisfecho, 16.- Neutro, 24.- Insatisfecho, 32-80.- muy insatisfecho. ²⁸⁻³⁸

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años de edad, ambos sexos y turnos que hubieran acudido a la consulta de externa de la UMF. No. 23.

Pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico sin patología Psiquiátrica y/o Psicológica.

Pacientes con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico que firmen la carta institucional de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes que no tuvieron el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Paciente con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico que no firme la carta de consentimiento informado.

Paciente con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico no derechohabiente de la UMF No. 23

Paciente con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico con el diagnóstico de patología Psiquiátrica y/o Psicológico.

Criterios de eliminación:

Paciente con el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico que no acepte participar en el estudio.

IDENTIFICACION DE VARIABLES DE ESTUDIO

Variable.	Definición conceptual.	Definición Operacional.	Definición Metodológica.	Escala de medición	Indicador
Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Edad en año al momento del estudio.	Universal.	Cuantitativa	20-30 31-40 41-50 51-60 61-70
Sexo	El sexo es el conjunto de características biológicas a partir de las cuales se establece que los seres son mujer u hombre.	Características biológicas que diferencian a la mujer del hombre.	Universal.	Nominal Dicotómica	Femenino Masculino.
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste o se asistió a un centro de enseñanza	Grado académico que estudió la persona	Universal	Cualitativa Nominal Categórica	Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Otros (Estudios de posgrado)
Estado civil	Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio.	Derechos y deberes que ejercen los individuos, según su estado civil.	Universal	Cualitativo	Soltero(a) Casado(a) Unión Libre (a) Divorciado (a) Viudo (a)
Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	Es el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del	Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, y la capacidad para realizar	Independiente	Cualitativa Cuantitativa	0.-peor puntuación. 100.-mejor puntuación. Puntuación >0< a 50 mejor o

	paciente y de su bienestar.	aquellas actividades importantes para el individuo.			peor estado de salud.
Enfermedad por reflujo gastroesofágico. (ERGE)	Se define como la presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estómago, lo suficientemente importantes como para empeorar la calidad de vida.	El (ERGE) se refiere a una enfermedad que se caracteriza por la presencia de síntomas crónicos y/o daño en la mucosa del esófago a causa de un reflujo anormal del contenido del estómago hacia el esófago.	Independiente	Cualitativa Cuantitativa	0.- Muy satisfactorio. 8.- Satisfactorio. 16.- Neutral. 24.- Insatisfecho 32-80.- Muy Insatisfecho.
Salud general	Es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.	La salud se considera como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva.	Dependiente	Cualitativa cuantitativa	Defini. V.(1) Parcial. C.(2) No Sé. (3) Mayormen. F(4) Defini. F. (5)
Salud mental	La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psíquico y social. Afecta la forma en cómo pensamos, sentimos y actuamos.	Es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.	Dependiente	Cualitativa cuantitativa	Todo el tiempo(1) La >parte del tiempo(2) Una buena parte del tiempo(3) Parte del tiempo(4) Una pequeña parte del tiempo(5) Nada de tiempo(6)

ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa SPSS en su versión 10. Para cada dimensión del estudio se realizó estadística descriptiva con uso de tendencia central y de variabilidad como: media, mediana, percentiles, desviación estándar y la proporción de los individuos con la puntuación máxima y mínima para cada dimensión.

Se estudiaron las propiedades de los dos instrumentos y sus indicadores: Instrumento denominado como escala de SF-36 (calidad de vida relacionada con la salud) con sus 36 ítems así como el instrumento denominado escala GERD- HRQoL (para medir reflujo gastroesofágico) y sus 8 ítems, la validez del instrumento es bueno, en la literatura se encontró coeficiente alfa de Cronbach por arriba de 7.

La asociación de las puntuaciones de la escala de SF-36 con la edad se realizó a través de análisis de correlación de Pearson. Asimismo, para la comparación de diferencias de medias encontradas en la muestra de estudio respecto a los valores poblacionales de referencia se utilizará la prueba t de Student, para lo cual se creó una base de datos en la hoja de cálculo de Excel con los estadísticos oportunos (media, desviación estándar y número de casos) de cada una de las dimensiones del Instrumento de evaluación del GERD-HRQoL y de cada una de las muestras de comparación, a los cuales se aplicaron los algoritmos propios de la prueba t.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio es factible ya que en la UMF No. 23 del IMSS cuenta con una población total de 58, 612 derechohabientes, de los cuales 30,087 son del grupo etario de 20-70 años. En el 2010 se obtuvo un total de 6,925 pacientes diagnosticados con faringitis de los cuales 820 con fallo en el tratamiento, con nuevo Diagnóstico de ERGE.

El estudio es de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, contenida en la declaración de Helsinki en 1964 y su modificación en Hong Kong en 1989. Fue enmendada en Tokio, Japón en 1975 , y ratificada en la 58ª Asamblea General realizada en Seúl, Corea en octubre del año 2009, que corresponde al apartado II , Investigación Biomédica en terapéutica con humanos (Investigación Biomédica no Clínica). Así como los lineamientos nacionales en materia de investigación estipulados en el artículo 17 del reglamento de la ley General de Salud, así como el reglamento del Instituto Mexicano del Seguro Social. Institucional en materia de investigación. ³⁹

Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social : artículo 3, que indica en los términos de esta ley en materia de salubridad general: fracción I, la organización, control y vigilancia de presencia de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34 fracciones I, II, IV de ésta ley, fracción VII: La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud fracción IX, la coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos fracción XXVI (artículo 100 fracción V solo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias correspondientes fracción IV de la ley general de salud y deberá contar con consentimiento por escrito del sujeto en quién se realizará la entrevista).⁴⁰

RESULTADOS

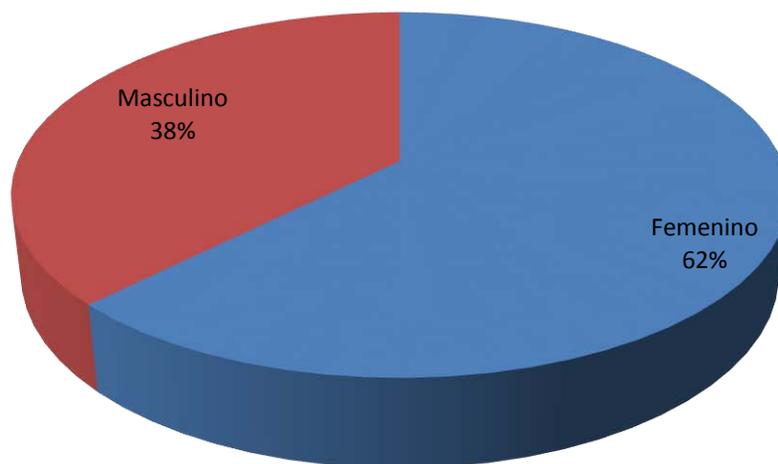
Como resultado de la investigación, con una muestra total de 200 pacientes, del cual 125 (62.5%) fueron del sexo masculino y 75 (37.5%) de sexo femenino. (VER TABLA No.1, GRÁFICA 1).

Tabla No. 1.- Distribución por sexo

SEXO	NUMERO	%
Femenino	125	62.5
Masculino	75	37.5
Total	200	100

Fuente: Ficha de identificación, del instrumento SF-36.

Gráfica No. 1 Sexo



Fuente: Ficha de identificación, del instrumento SF-36.

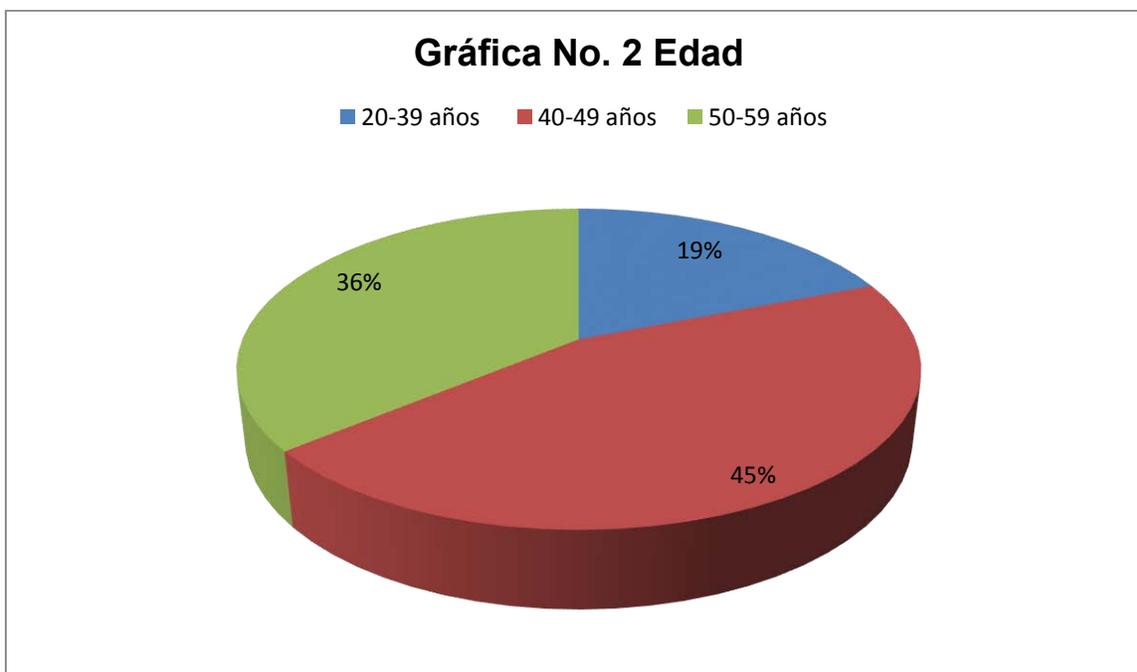
En relación a la edad de un total de 200 personas encuestadas, se encontró que el rango de 40-49 años fue el más frecuente con 90 (45%), seguida por el rango de 50-

59 años con 72 pacientes (36%) y el rubro de 20-39 años con 38 personas (19%) con una media de edad de 46.165. (VER TABLA No. 2, GRÁFICA 2).

Tabla No. 2.- Edad

GRUPO DE EDAD	NUMERO	%
20-39 años	38	19%
40-49 años	90	45%
50-59 años	72	36%
Total	200	100%

Fuente: Ficha de identificación, del instrumento SF-36.



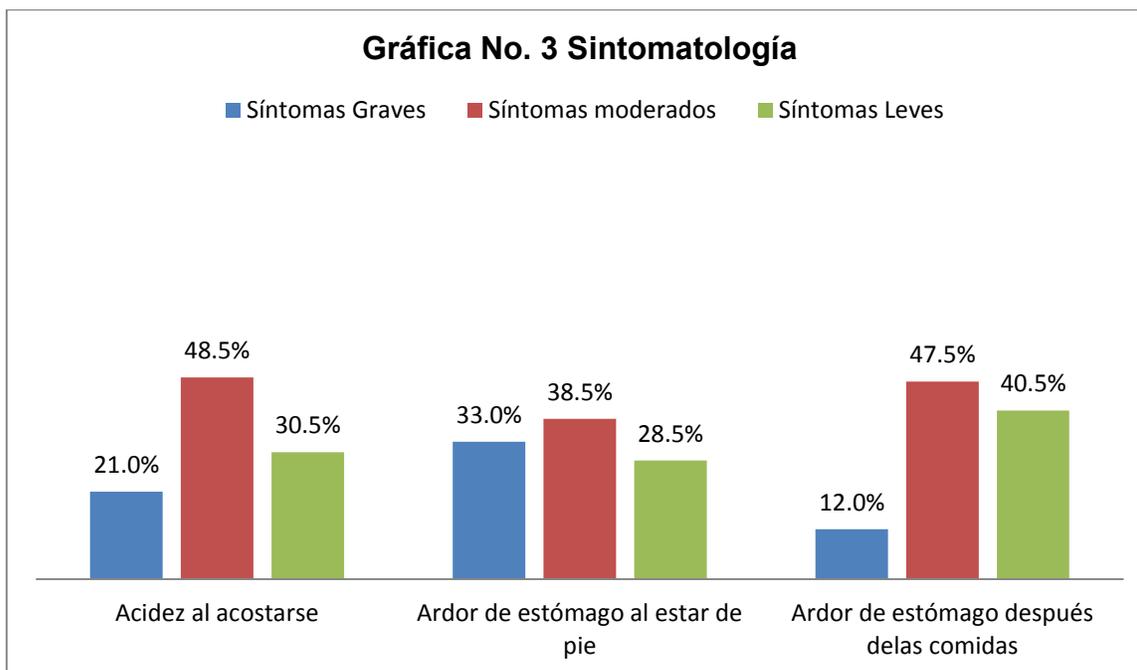
Fuente: Ficha de identificación, del instrumento SF-36.

En general los síntomas que presentaron las personas encuestadas fueron: acidez al acostarse (21%), ardor de estómago cuando se está de pie (33%) y ardor de estómago después de las comidas (12%). (VER TABLA No. 3 Y GRAFICA No. 3).

Tabla 3.- Sintomatología

	Acidez al acostarse		Ardor de estómago al estar de pie		Ardor de estómago después de las comidas	
	n	%	n	%	n	%
Síntomas Graves	42	21%	66	33%	24	12%
Síntomas Moderados	97	48.5%	77	38.5%	95	47.5%
Síntomas Leves	61	30.5%	57	28.5%	81	40.5%
Total	200	100%	200	100%	200	100%

Fuente: cuestionario GERD-HRQoL.



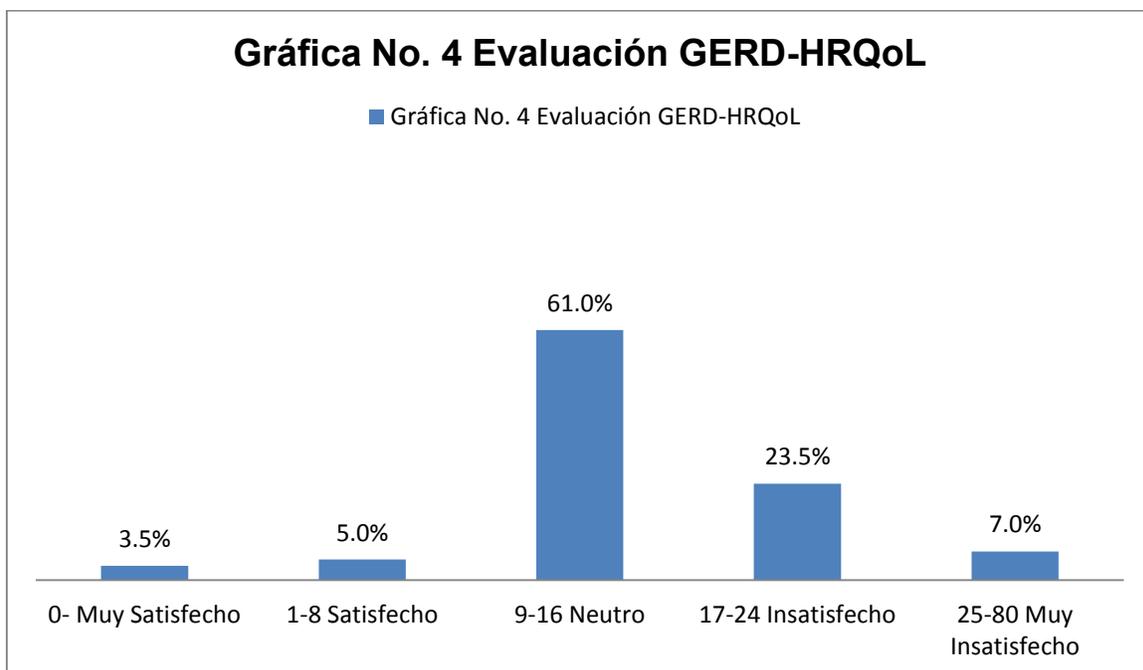
Fuente: cuestionario GERD-HRQoL

Tabla 4.- Evaluación GERD-HRQoL

Escala de medición	n	%
0- muy satisfecho	7	3.5%
1-8- satisfecho	10	5%
9-16- neutral	122	61%
17-24- insatisfecho	47	23.5%
25-80 muy insatisfecho	14	7%
Total	200	100%

Fuente: cuestionario GERD-HRQoL.

Gráfica No. 4 Evaluación GERD-HRQoL



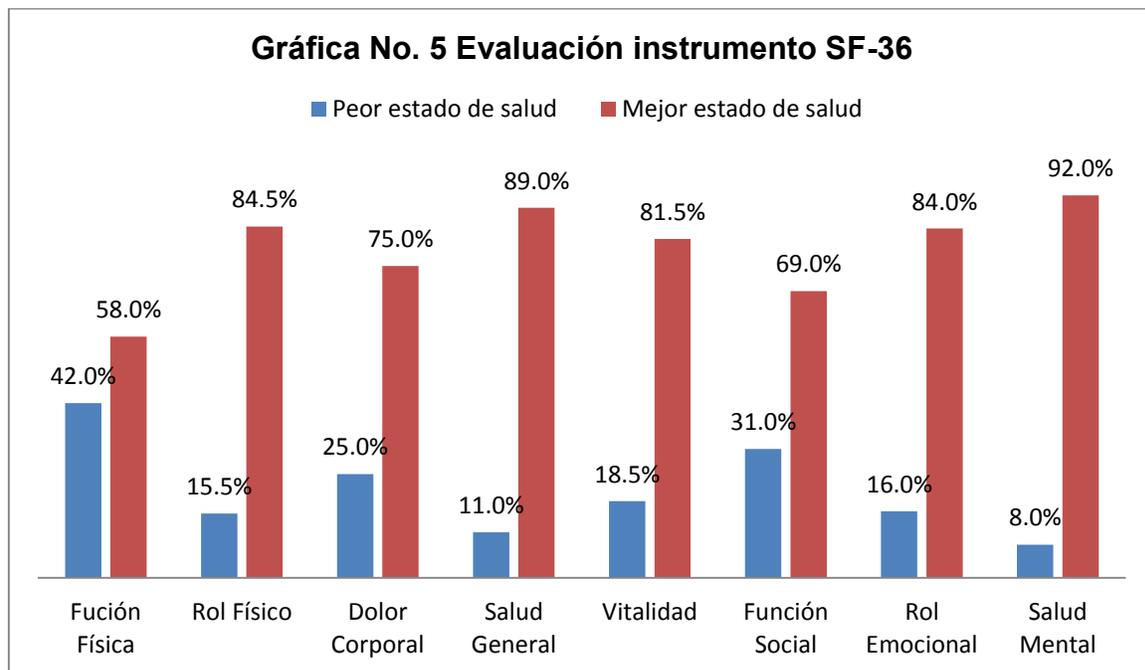
Fuente: cuestionario GERD-HRQoL.

En el análisis sobre las alteraciones en la CV respecto a las dimensiones de la SF-36, es evidente, en la función física 42%, función social 31%, dolor general 25%, vitalidad 18.5%, rol emocional 16%. (VER TABLA No. 5 GRAFICA 5). Estas alteraciones destacaron en personas dentro del rubro de edad de 40-59 años.

Tabla 5.- Evaluación instrumento SF-36

Escala de medición	Función física		Rol Físico		Dolor Corporal		Salud General		Vitalidad		Función Social		Rol Emocional		Salud Mental	
0-50 Peor estado de salud	84	42%	31	15.5 %	50	25%	22	11%	37	18.5 %	62	31%	32	16%	16	8%
51-100 Mejor estado de salud	116	58%	169	84.5 %	150	75%	178	89%	163	81.5 %	138	69%	168	84%	184	92%
Total	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %	200	100 %

Fuente: instrumento SF-36



Fuente: instrumento SF-36

DISCUSION

Se estima que la prevalencia de la ERGE es de 10% a 20% en Europa y América del Norte, y de aproximadamente de 5% en Asia. Representa el 75% de las enfermedades esofágicas. Su prevalencia en la población general se ubica entre el 7,7% y el 26%. En México, la prevalencia de síntomas de ERGE en adultos mayores es de 25%, siendo más común en el sexo femenino.

En el presente trabajo de acuerdo a los datos arrojados las alteraciones en la calidad de vida se ve más afectado en mujeres que oscilan en un rango de edad de 40-59 años, siendo esto algo significativo ya que en esta investigación el sexo de predominio fue el masculino. Estas alteraciones son desde moderadas a totalmente incapacitantes por lo que su calidad de vida está afectada no solo en el ámbito funcional y social, sino además en lo emocional, en lo vital; lo cual imposibilita a la persona para ejercer su rol en la vida de manera satisfactoria.

De ello deriva la importancia de conocer las alteraciones que existen en la calidad de vida en personas con ERGE, ya que de ello deriva el porque de un diagnóstico oportuno, para un tratamiento adecuado; evitando complicaciones como esófago de Barret, y otras alteraciones del tubo digestivo alto y del tracto digestivo.

Finalmente el estudio muestra que las alteraciones en la calidad de vida de las personas en estudio, en general fueron con respecto a la función física, dolor general, rol emocional y la vitalidad, cualidades importantes para el desarrollo adecuado de las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIONES

Se determinaron cuáles eran las alteraciones en la calidad de vida, las cuales fueron en relación a la función física, dolor general, rol emocional y vitalidad, además de conocer su percepción sobre su padecimiento y de qué manera está afectando su calidad de vida, aunque la mayoría de la población en estudio percibió su CV como

buena, pero una parte significativa (23.5%) la percibió como afectada, además de presentar síntomas incapacitantes, el 17% mujeres. Plasmando que la ERGE altera la calidad de vida los individuos, hasta llegar a incapacitarlos para realizar sus actividades de la vida diaria, es por ello la relevancia de llevar a cabo este trabajo, sirviendo como referencia para investigaciones futuras.

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA

Prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF 23

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: _____

Prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF 23

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____ 3516 UMF No.3

El objetivo del estudio es: Identificar la prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF23

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: Prevalencia de alteraciones en la calidad de vida de personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico de 20 a 70 años en la UMF 23

Aceptar leer cuidadosamente el cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de los (as) pacientes

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dr. Miguel Varela Hernández. Matricula.-7259492

Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio:

Testigos

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

PREVALENCIA DE ALTERACIONES EN LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO DE 20 A 70 AÑOS EN LA UMF 23

ACTIVIDAD	MARZO ABRIL 2012	MAYO JUNIO 2012	JULIO AGOSTO 2012	SEP OCT 2012	NOV DIC 2012	ENERO FEB 2013	NOV 2014 MARZO 2015	SEP 2015
PREGUNTA DE INVESTIGACION	R							
INVSTIGACION BIBLIOGRAFICA	R	R						
MARCO TEORICO	R	R						
PLANTEAMIENTO PROBLEMA		R	R					
JUSTIFICACION		R	R	R				
HIPOTESIS			R	R				
OBJETIVOS			R	R				
METODOLOGIA				R	R			
REGISTRO SIRELCIS					R	R		
APLICACIÓN INSTRUMENTO							R	
RESULTADOS								R

R: REALIZADO

P: PENDIENTE

INSTRUMENTO

RAND 36–Item (SF-36) versión 1.0

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre: _____ **Sexo:** _____
Estado Civil: _____ **Religión:** _____ **Ocupación:** _____
Escolaridad: _____ **Consultorio:** _____ **Turno:** _____
N° Afiliación: _____

No. de Pregunta	Pregunta	RESPUESTA	Puntuación (para uso médico)
1.	En general, diría que su salud es: Excelente (1) Muy buena (2) Buena (3) Adecuada (4) Pobre (5)		
2.	En comparación con el año pasado, diría que su salud es: mucho mejor ahora que el año pasado (1) algo mejor ahora que hace un año (2) igual que el año pasado (3) algo peor ahora que año pasado (4) mucho peor ahora que el año pasado (5)		
Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día típico, ¿su salud actual lo limita en estas actividades? Si es así ¿Cuánto?			
3.	Las actividades vigorosas, como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes extenuantes: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
4.	actividades moderadas, tales como mover la mesa, empujar una aspiradora, jugar boliche o golf: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
5.	Levantar o cargar las bolsas de las compras:		

	Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
6.	Subir varios tramos de escaleras: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
7.	subir un tramo de escaleras: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
8.	Flexionarse de rodillas o agacharse: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
9.	Caminar más de un kilómetro y medio: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
10.	Caminar varias cuadras o calles: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
11.	Caminar una calle: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
12.	Bañarse o vestirse por sí mismo: Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) Sí, me limita (3)		
Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?			
13.	Ha reducido la cantidad de tiempo dedicado al trabajo u otras actividades: Sí (1) No (2)		
14.	Hizo menos de lo que hubiera querido: Sí (1)		

	No (2)		
15.	lo ha limitado en el trabajo u otras actividades: Sí (1) No (2)		
16.	Tiene dificultad para realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo: actividades que requieran un esfuerzo adicional) Sí (1) No (2)		
Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de algún problema emocional (como sentir depresión o ansiedad)?			
17.	Reducir la cantidad de tiempo dedicado al trabajo u otras actividades: Sí (1) No (2)		
18.	Hizo menos de lo que hubiera querido: Sí (1) No (2)		
19.	No hizo el trabajo u otras actividades tan cuidadosamente como de costumbre: Sí (1) No (2)		
20.	Durante las últimas 4 semanas ¿hasta qué punto su estado su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupo? No, en absoluto (1) Ligeramente (2) Moderadamente (3) Bastante (4) Extremadamente (5)		
21.	¿Cuánto dolor físico ha tenido durante las últimas cuatro semanas? Ninguno (1) Muy suave (2) Suave (3) Moderado (4) Severo (5)		

	Muy grave (6)		
22.	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor con su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera la casa y las tareas domésticas)? No, en absoluto (1) Ligeramente (2) Moderadamente (3) Bastante (4) Extremadamente (5)		

Estas preguntas se refieren a cómo se siente y cómo las cosas han estado con usted durante las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor dé la respuesta que se acerca más a la forma en que ha estado sintiendo.

23.	Se siente lleno me energía Todo El Tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
24.	¿Ha sido una persona muy nerviosa? Todo El Tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
25.	¿Se ha sentido tan deprimido que nada podía animarte? Todo El Tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
26.	¿Se ha sentido tranquilo y pacífico? Todo el tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3)		

	Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
27.	¿Usted tiene mucha energía? Todo el tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
28.	¿Se ha sentido desanimado y triste? Todo el tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
29.	¿Se siente agotado? Todo el tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
30.	¿Ha sido una persona feliz? Todo el tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		
31.	¿Se siente cansado? Todo el tiempo (1) La mayor parte del tiempo (2) Una buena parte del tiempo (3) Parte del tiempo (4) Una pequeña parte del tiempo (5) Nada de tiempo (6)		

32.	Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo, su salud física o sus problemas emocionales dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, familiares, etc)?		
	Todo el tiempo (1) La mayoría del tiempo (2) Parte del tiempo (3) Una pequeña parte del tiempo (4)		
Para usted Cómo es cada una de las siguientes afirmaciones VERDADERO o FALSO?			
33.	Parece que me enfermo un poco más fácil que otras personas.		
	Definitivamente verdadero (1) Parcialmente cierto (2) No sé (3) Mayormente falso (4) Definitivamente falso (5)		
34.	Soy tan sano como cualquiera		
	Definitivamente verdadero (1) Parcialmente cierto (2) No sé (3) Mayormente falso (4) Definitivamente falso (5)		
35.	Espero que mi salud empeore		
	Definitivamente verdadero (1) Parcialmente cierto (2) No sé (3) Mayormente falso (4) Definitivamente falso (5)		
36.	mi salud va a empeorar		
	Definitivamente verdadero (1) Parcialmente cierto (2) No sé (3) Mayormente falso (4) Definitivamente falso (5)		

Cuestionario GERD-HRQoL

0= No hay síntomas 1= síntomas leves 2= síntomas moderados, esporádico 3= síntomas moderados, todos los días 4= síntomas graves que perturban mi vida 5= síntomas no me deja seguir con mis actividades diarias						
Intensidad de acidez	0	1	2	3	4	5
¿Qué intensidad de acidez tiene al recostarse?	0	1	2	3	4	5
¿Tiene ardor de estómago cuando está de pie?	0	1	2	3	4	5
¿Tiene ardor de estómago después de las comidas?	0	1	2	3	4	5
¿Eso mismo ocurre cuando cambias de dieta	0	1	2	3	4	5
¿Problemas para tragar?	0	1	2	3	4	5
¿Dolor al tragar?	0	1	2	3	4	5
¿Has tomado medicamentos antirreflujo?	0	1	2	3	4	5
¿Los medicamentos modifican la calidad de tu vida?	0	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción con la situación de la vida	muy satisfecho	satisfecho	neutral	insatisfecho	muy insatisfecho	

BIBLIOGRAFÍA

1. Velarde, JE. Ávila FC. Evaluación de la calidad de vida; Salud Pública México, 2012; 44: 4; 339-361.
2. Urzua MA. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Revista Medica Chilena. 2010: 138; 358-365.
3. Jarrillo IM. Moreno BG. Rodríguez PJC, Lázaro MP. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. Rev. Clínica. España 2007; 202: 11; 57-58.
4. Glasziou PP, Cole BF, Gelber RD, Hilden J, Simes RJ. Quality adjusted survival analysis with repeated quality of life measures. Stat Med 1998; 17: 1215-1229.
5. Ried LD, Nau DP, Grainger-Rosseau TJ. Evaluation of patient's healthrelated quality of life using a modified and shortened version of the living with asthma questionnaire (ms-LWAQ) and the medical outcomes study, short- form 36 (SF-36). Qual Life Res 2009; 8:491-499.
6. Cubos BF, León JF. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo. Revista Sociedad Peruana de Medicina Interna, Perú 2010;23(4)
7. Leiva M, Fuentealba C, Boggiano C, Gattas V, Barrera G, Leiva L, et al. Calidad de vida en pacientes operadas de bypass gástrico hace más de un año: influencia del nivel socioeconómico. Rev Med Chile 2009; 137: 625-33.
8. Nazar R, Fullá J, Varas MA, Naser A, Reflujo Faringolaríngeo: revisión bibliográfica, Rev Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello, Chile 2008; 68: 193-198.
9. Malfertheiner P, Hallerback B. Clinical manifestations and complications of gastroesophageal reflux disease (GERD). J Clin Pract 2008; 59(3):346-355.
10. Splechler SJ. Barrett's esophagus. N Engl J Med 2007; 346: 836-842.
11. Skacel M, Petras RE, Gramlich TL. The diagnosis of low grade dysplasia in Barrett's esophagus and its implications for disease progression. Am J Gastroenterol 2007; 95: 383-387.
12. Moreno RAS, Gómez BE, Correlación entre la sintomatología del reflujo faringolaríngeo y hallazgos laringoscópicos Rev Sanid Milit Mex 2011; 65(3) Mayo, Junio: 99-106.

13. Peralta PML, Lagunes EAL. Cruz AA. Juárez CT. Rodríguez MR. López CJM. Munguía MC. Frecuencia de los síntomas de ERGE en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar, *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. México 2007; 45(5): 447-452.
14. Calvet X. Manejo racional y eficiente de la ERGE. Evidencia científica en ERGE. *Manual de actuación*. IM&C, S.A. Madrid 2007, 89-106.
15. Remes TJM, Azamar JAA, Laringitis por reflujo: ¿mito o realidad?, *Medicina Interna de México* 2010; 26(6):573-582.
16. Salis G, Revisión sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica, *Acta Gastroenterol Latinoam Argentina* 2011; 41. 50-60.
17. Garrigues V, Gisbert L, Bastida G. Manifestations of gastroesophageal reflux and response to omeprazole therapy in patients with chronic posterior laryngitis. An evaluation based on clinical practice. *Dig Dis Sci* 2008; 48: 2117-23.
18. Groome M. Cotton JP. Borland M. McLeod S. Prevalence of laryngopharyngeal reflux in a population with gastroesophageal reflux. *Laryngoscope* 2007; 117:1424-1428.
19. Consejo de Salubridad General, *Guía Práctica Clínica, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto, Diagnóstico y tratamiento quirúrgico*. 2010 México
20. Ulualp SO. Rodriguez S. Holmes CN. Flexible laryngoscopy guided pharyngeal pH monitoring in infants. *Laryngoscope* 2007; 117:577-580.
21. Montes RA, Cárdenas PR, Incidencia de las manifestaciones otorrinolaringológicas del reflujo gastroesofágico en personas jóvenes de México, *Rev de Esp Med-Quirur*, México 2011; 3, (16).
22. Cohen SM. Garrett CG. Hoarseness: is it really laryngopharyngeal reflux? *Laryngoscope* 2008; 118(2):363-366.
23. Garcia DGE. Medina IRE. Millán GYK. Paredes BA. Zarate CS. Maldonado CRE., et al., Diagnóstico y tratamiento de faringoamigdalitis Aguda. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. México 2012; 41(suplemento): 1-38.
24. Cofre F, Rodríguez J, Faringoamigdalitis aguda, *Rev Ped Elec [en línea]*; Chile 2005; 3: (2).

25. Koufman JA, Belafsky PC, Bach KK, Daniel E, Postma GN. Prevalence of esophagitis in patients with pH-documented laryngopharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2007; 112(9):1606-1609.
26. Katz P. Progress in geriatrics. gastroesophageal reflux disease. *J Am Geriatr Soc* 2007; 46:1558-1565.
27. Vilagut G. Ferrer M. Rajmil L. Rebollo P. Miralda PG. Quintana JM., et al., El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Barcelona. España. *Gaceta Sanitaria* 2005.; 19 (2); 135-150.
28. Molano CJ. Piñeros OS, Clara López MC. Dispepsia y reflujo gastroesofágico en adolescentes escolarizados. *Revista Colombiana de Gastroenterología* 2008; 23:46-56.
29. Molano CJ. Piñeros OS. López MC. Factores emocionales e impacto sobre la escolaridad y actividades sociales en adolescentes con dispepsia y reflujo gastroesofágico. *Revista colombiana de Gastroenterología*. 2009; 24 (4) 364-373.
30. Hyams JS. Davis P. Sylvester FA. Zeiter DK. Justinich CJ. Lerer T. Dyspepsia in children and adolescents: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 30: 413- 418.
31. Guz H. Tevfik A. Bektas A, Doganay Z. Th. Frequency of the psychiatric symptoms in the patients with dyspepsia at a university hospital. *General Hospital Psychiatry* 2008; 30: 252-256.
32. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in the older patient: presentation, treatment, and complications. *Am J Gastroenterol* 2010; 95:368-373.
33. Moreno RAS. Validación inicial de índice de síntomas de reflujo para uso clínico. *Anales de Otorrinolaringología*. México. 2009; 54(3); 96-101.
34. Tamer AM. Joseph CS. Tarek MS. Reflux symptom index versus Reflux index score. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2007; 116(6):436-40.
35. Tauber S, Gross M, Issing WJ. Association of laryngopharyngeal symptoms with gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 2008; 112:879-86.
36. Ormseth EJ, Wong RK. Reflux laryngitis: pathophysiology, diagnosis, and management. *Am J Gastroenterol* 2007; 94(10):2812-7.

37. Zuñiga MA. Carrillo JT. Gandek B. Medina MM. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36. Resultados preliminares en México. Revista de Salud Pública en México. 1999; 41(2); 110-118.
38. Ramón JM. Pérez M. Puig S. Perea M. Grande L. Quality of life and surgical outcom long-term after laparoscopic fundoplication. Barcelona. Spain. JAMA. 2001; 285; 2331-8.
39. Declaración de HELSINKI éticos para la investigación médica en seres humanos. 52ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre del 2000. Nota de clarificación del párrafo 29, agregado por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002. Nota de clarificación del párrafo 30, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004. 59ª Asamblea General, Seúl, Corea. Octubre 2009.
40. Ley general de Salud y Normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social (artículo 3º). Último párrafo DOF 27-04-2010.