



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA
UMF No. 21

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

ANAHÍ PÉREZ MEZA

TUTORES DE TESIS:

ALYNE MENDO REYGADAS
RODOLFO VARELA ALMANZA

Ciudad Universitaria, CD. MX, 2019



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.

RESUMEN

CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA UMF No. 21”

*Dra. Anahí Pérez Meza, **Dra. Alyne Mendo Reygadas, ***Dr. Rodolfo Varela Almanza

El impacto de los síntomas de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en la calidad de vida del paciente repercute negativamente ocasionándole problemas físicos, sociales y laborales; siendo estos más complejos cuando la enfermedad progresa hasta su fase más crítica con la presencia de Cáncer por lo que es necesario realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado, basados en los síntomas que presenta el paciente. **Objetivo** Este estudio tiene como medir la congruencia clínico terapéutica de la ERGE en la UMF 21 considerando las recomendaciones emitidas en la Guía de práctica clínica en su versión actualizada al 2018. **Hipótesis:** La congruencia clínico terapéutica en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos de la UMF 21 es del 50% **Metodología:** Se realizara un estudio observacional, transversal y descriptivo, mediante la aplicación de una cedula de recolección de datos en formato Google Forms, donde se identificaron las principales recomendaciones clínico terapéuticas para la ERGE. **Experiencia:** los investigadores tienen experiencia en el manejo de esta patología. **Factibilidad:** Se cuentan con los recursos materiales y humanos para realizar el trabajo de investigación **Periodo:** el estudio se realizó en el periodo comprendido de marzo a diciembre 2019. **Resultados:** se encontró que una congruencia global de 75.9% para la población de estudio, resaltando que solo el 5.9% de los participantes cuenta con el total de recomendaciones identificadas.

Palabras Clave: Congruencia, clínico-terapéutica, ERGE

*Médica Cirujana. Residente de Tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

**Asesora, Médica Cirujana, Especialista en Medicina Familiar, Profesora Adjunta del Curso de Especialización en Medicina Familiar

***Asesor,

TÍTULO
CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD
POR REFLUJOGASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA UMF No. 21

**CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA
UMF No. 21**

AUTORIZACIONES

DRA. GLORIA MARA PIMENTEL REDONDO
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS

DR. ALEJANDRO ALCALÁ MOLINA
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS

DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS

**CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD
POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA UMF No. 21**

AUTORIZACIONES

ANAHÍ PÉREZ MEZA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS

DRA. ALYNE MENDO REYGADAS
DOCTOR EN EDUCACION, MEDICO GENERAL
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

DR. RODOLFO VARELA ALMANZA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITO A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS

**CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD
POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA UMF No. 21**

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

ÍNDICE

| | | | |
|--------|---------------------------------|-------|----|
| I. | MARCO TEORICO | ..... | 8 |
| II. | JUSTIFICACION | ..... | 28 |
| III. | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | ..... | 29 |
| IV. | OBJETIVOS | ..... | 29 |
| V. | HIPOTESIS | ..... | 30 |
| VI. | VARIABLES DEL ESTUDIO | ..... | 30 |
| VII. | CRITERIOS DE SELECCIÓN | ..... | 31 |
| VIII. | TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO | ..... | 32 |
| IX. | MATERIAL Y METODOS | ..... | 32 |
| X. | DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO | ..... | 32 |
| XI. | ASPECTOS ESTADISTICOS | ..... | 36 |
| XII. | ASPECTOS ETÍCOS | ..... | 37 |
| XIII. | RECURSOS HUMANOS | ..... | 38 |
| XIV. | EXPERIENCIA DE GRUPO | ..... | 38 |
| XV. | FACTIBILIDAD | ..... | 38 |
| XVI. | DIFUSION | ..... | 39 |
| XVII. | TRASCENDENCIA | ..... | 39 |
| XVIII. | ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD | ..... | 39 |
| XIX. | ANALISIS DE RESULTADOS | ..... | 40 |
| XX. | DISCUSIÓN | ..... | 44 |
| XXI. | CONCLUSIONES | ..... | 46 |
| XXII. | BIBLIOGRAFIA | ..... | 47 |
| | ANEXOS | ..... | 51 |

I. MARCO TEÓRICO

Los médicos se enfrentan a un gran número de decisiones que resuelven basándose en sus conocimientos y experiencia profesional. La incertidumbre científica facilita una variabilidad en la toma de decisiones que puede repercutir sobre la salud de la población atendida, así como en la eficiencia de la atención. Las guías de práctica clínica (GPC) ofrecen recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a los clínicos en el manejo diagnóstico y terapéutico de las enfermedades. Las GPC son herramientas que ayudan en el proceso de toma de decisiones, pues adaptan las evidencias científicas a la realidad. La actitud de los profesionales ante las mismas, la planificación y el apoyo institucional son imprescindibles para que sean implementadas sus recomendaciones.³²

Diversas agencias internacionales de colaboración en el campo de la salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Organismo de Cooperación para el Desarrollo Económico (OCDE), han señalado que los recursos humanos son el activo principal de los sistemas de salud en el mundo y que la capacidad de éstos para responder a las necesidades de su población radica, entre otros factores, en el tamaño, composición, distribución y productividad de su fuerza laboral.³

La génesis de la Formación Médica Continua en el mundo parece que se inició en Boston, Ph, en 1894 con las palabras de John Shaw Billings: *«La educación del médico después de que se gradúa es, después de todo, la parte más importante»*. Estas palabras, tres siglos después, tienen plena vigencia y han cobrado relevancia fundamental en la educación médica del mundo actual.⁹

Para ejercer apropiadamente a lo largo de su vida profesional, los médicos han de involucrarse en alguna forma de educación continua. En el Instituto Mexicano del Seguro Social y en las diferentes instituciones de salud públicas y privadas, los Médicos Familiares que ejercen su práctica diaria cuentan con fuentes de apoyo básicas para cumplir con esta educación, estas fuentes otorgadas por el marco

normativo están representadas por Las Normas Oficiales, Guías de práctica clínica y recomendaciones emitidas por consejos, colegios y asociaciones de médicos de las distintas especialidades.¹

Como lo menciona el artículo “Desarrollo profesional continuo en Médicos de un Hospital en Irlanda: una encuesta de uso actual y necesidades futuras”, los médicos califican la relevancia clínica y la aplicabilidad como los determinantes más importantes de la selección de cursos de desarrollo profesional continuo (DPC).⁸

Con base en lo expuesto es importante considerar que existe en otros países interés por continuar con la formación médica posterior al término de la formación como especialistas o médicos generales esto con la finalidad de brindar una atención eficaz y eficiente.

La Educación Medica Continua y actualización ha sido considerada por el IMSS como un pilar en la atención a sus derechohabientes creando así en 1943 una oficina encargada de la educación médica continua y siendo parte aguas en este ámbito al ser la primera institución en realizar una evaluación sobre la educación médica en sus trabajadores interesándose en resolver problemas técnicos en su quehacer diario.⁹

De acuerdo con Amanda Galli en su Artículo “Estrategias de educación médica continua” en los datos obtenidos, los médicos reconocen que necesitan buscar información de forma permanente y que esta necesidad surge, fundamentalmente, de la práctica asistencial. Slotnick afirmó que los profesionales aprenden buscando respuesta a los problemas específicos que tienen que afrontar y ante los problemas específicos o puntuales que plantean los pacientes, recurren a distintas fuentes de información, mientras que en relación a temas o problemas en general, asisten a cursos formales, especialmente en las sociedades científicas. En Primer lugar se encuentra Revista de sociedad científica nacional con el 45,7% y en segundo lugar

las Guías clínicas y otras publicaciones distribuidas por autoridades sanitarias del marco Normativo Nacional.¹

Es importante reconocer lo que publica para estos fines Villadozola Cortes en su estudio “Experiencias, actitudes respecto a la educación médica continua tradicional y a distancia”, donde concluye que con respecto a la relación entre antigüedad y la actitud favorable hacia la educación médica continua modalidad tradicional, encontró diferencia estadísticamente significativa con lo que comprueba que a mayor antigüedad (a mayor número de años de egreso de los procesos formales de aprendizaje) existe una actitud más favorable hacia la educación médica continua, respecto a la edad encontró que con un aumento de 2.6 años (media de 40 años) existe una actitud más favorable hacia la educación médica continua.¹⁰

En el ámbito de educación entre mujeres y hombres, la Encuesta Nacional de Hogares publicada por La revista Hombres y Mujeres 2017 señala que con respecto al rubro de educación en el nivel licenciatura y en posgrado el porcentaje de mujeres es mayor que el de los hombres en 0.2 y 0.1 puntos porcentuales, respectivamente, las áreas de estudio más feminizadas son Educación y Salud, donde la participación de las mujeres supera a la de los hombres en 49.2 y 32.0 puntos porcentuales. En los tres niveles educativos que se presentan, las mujeres registran una eficiencia terminal mayor con relación a la de los hombres. En los temas de Medicina o Ciencias de la Salud y Humanidades o Ciencias de la Conducta la preferencia de las mujeres sobrepasa a la de los hombres por 17.7 y 15.2 puntos porcentuales. El porcentaje de mujeres que recibe beca o crédito educativo de organismos de gobierno y de escuelas privadas es mayor que el de los hombres en 1.8 y 1.7 puntos porcentuales respectivamente.³¹

Enfoque epidemiológico de la Enfermedad por reflujo Gastroesofágico

Prevalencia Mundial y Nacional de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad frecuente, aunque su prevalencia es difícil de estimar. Considerando solamente los estudios que toman en cuenta la presencia de pirosis o regurgitación una vez por semana se reporta una prevalencia que oscila entre el 18.1 y el 27.8% en Estados Unidos, del 23% en Argentina y del 19.6% al 40% en México.⁶ La ERGE tiene una reconocida asociación con la progresión a esófago de Barret 79 % y se considera uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de Cáncer de Esófago subtipo histológico adenocarcinoma.³¹

La guía de práctica clínica DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN EL ADULTO actualización 2018, fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, desarrolla una serie de recomendaciones sobre intervenciones que reflejan los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje clínico terapéutico de la ERGE teniendo una población blanco de adultos desde los 19 años hasta mayores de 80 años. Dichas recomendaciones son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante un modelo de revisión sistemática.⁷

Para poder aplicar un enfoque global estandarizado, la epidemiología de la ERGE y los síntomas tipo reflujo deberían ser comparables en todo el mundo, y se debería disponer en todos lados de todos los estudios diagnósticos y todas las opciones de tratamiento médico. Empero, ni la epidemiología de la enfermedad ni la disponibilidad de recursos para el diagnóstico y tratamiento de la ERGE son lo suficientemente uniformes en todo el mundo como para respaldar la indicación de un único esquema y un único patrón oro. En la actualidad, la enfermedad por reflujo gastroesofágico tiene una amplia prevalencia en todo el mundo, y hay claras pruebas de que está aumentando en muchos países en desarrollo. Las recomendaciones de prácticas deben ser sensibles al contexto, tratando de

optimizar la atención, teniendo en cuenta los recursos locales y la disponibilidad de sistemas de apoyo a la asistencia sanitaria. La expresión de la enfermedad se considera similar en todas las regiones, siendo la acidez (también denominada ardor de estómago, pirosis, acidez gástrica o acidez estomacal) y la regurgitación los principales síntomas. Para el manejo inicial, el paciente puede tratar de aliviar su acidez gástrica adquiriendo por su cuenta medicamentos de venta libre, o puede consultar a un farmacéutico. Cuando los pacientes perciben que sus síntomas se hacen más problemáticos, es posible que consulten a un médico; según las circunstancias del paciente y la estructura del sistema local de asistencia médica, los pacientes pueden buscar asesoramiento en el nivel de atención primaria o consultar a un gastroenterólogo o cirujano, directamente o por referencia.

Fisiopatología de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

La ERGE se debe al ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica, el cual causa síntomas y/o lesiones esofágicas que llegan a afectar la salud y calidad de vida de los individuos que la presentan.⁷

La fisiopatología de la ERGE es multifactorial. El principal mecanismo fisiopatológico en la ERGE son las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI), definidas como la relajación del EEI > 1 mmHg/s con duración de menos de 10 s y un nadir de < 2 mmHg en ausencia de una deglución 4 segundos antes y 2 segundos después del inicio de la relajación. En cuanto a la fisiología de las manifestaciones extra esofágicas, se basa en el daño directo del ácido sobre la mucosa faríngea y posibles episodios de micro broncoaspiración, así como en la distensión del esófago con un reflejo vago-vagal que genera broncoespasmo y sintomatología asociada.⁷

Diagnóstico

De acuerdo al consenso Mexicano de gastroenterología 2016, los síntomas típicos de ERGE son pirosis y regurgitaciones. La presencia de síntomas típicos 2 o más

veces por semana en un paciente joven (menos de 50 años), sin datos de alarma, establecen el diagnóstico presuntivo de ERGE. En estos pacientes se recomienda una prueba terapéutica con Inhibidores de la bomba de protones (IBP).^{6, 7}

Pirosis se define como la sensación de ardor retro esternal y regurgitación se define como el retorno sin esfuerzo del contenido duodeno gastroesofágico (sólido o líquido) hacia el esófago y que puede alcanzar la orofaringe.

Prueba terapéutica. La prueba terapéutica con IBP puede usarse para el diagnóstico de ERGE en pacientes con síntomas típicos sin datos de alarma. No hay consenso acerca del tipo de IBP, dosis, duración y evaluación de resultados. En general, se recomienda usar dosis doble de IBP por un mínimo de 2 semanas y se considera positiva cuando la mejoría de los síntomas es superior al 50%. Aunque esta prueba es fácil de hacer y ampliamente disponible, su sensibilidad y especificidad son bajas.^{4, 7}

Endoscopia convencional y biopsias La endoscopia no debe usarse de forma rutinaria como prueba de escrutinio para ERGE por su pobre sensibilidad diagnóstica. La endoscopia es útil para la detección de las complicaciones de la ERGE como esofagitis, estenosis, EB y adenocarcinoma. Por lo tanto, está indicada en los casos de ERGE de más de 5 años de evolución o ERGE refractaria, en pacientes con signos de alarma como disfagia, hemorragia digestiva, dolor torácico y pérdida de peso no buscada, así como en aquellos pacientes con factores de riesgo para EB y en los casos con sospecha de esofagitis eosinofílica. La toma de biopsias durante una endoscopia está indicada en los casos con lesiones indicativas de EB y sospecha de esofagitis eosinofílica. No deben tomarse biopsias para confirmar el diagnóstico de ERGE.⁴

Índice de síntomas y probabilidad de asociación al síntoma Los índices de asociación de los síntomas con los episodios de reflujo (índice de síntomas y probabilidad de asociación sintomática) son útiles para clasificar a los pacientes con ERGE según los criterios de Roma. Debido a que su exactitud depende del

adecuado registro de los síntomas por el paciente y del porcentaje del tiempo con reflujo, no deben emplearse como criterios únicos para indicar cirugía antirreflujo.⁴

Aplicación de cuestionarios para identificación de síntomas en el primer nivel de atención

Desde el punto de vista de salud pública, este aporte al conocimiento de la epidemiología de la ERGE en nuestro país nos permite hacer la cuantificación y planificación de recursos destinados a la atención de este tipo de patologías y también la valoración de las variables explicativas o los factores de riesgo que puedan ser intervenidos de manera preventiva. De otra parte, en la práctica clínica, la utilización de cuestionarios como el GERDQ, validados y con una probabilidad pre-test satisfactoria, permiten su recomendación en aras de la racionalidad en el uso de los recursos diagnósticos, particularmente en la atención primaria. El desarrollo de estudios adicionales de prevalencia utilizando instrumentos validados permitirá el seguimiento y la vigilancia del reflujo gastroesofágico, en particular buscando modificar los factores de riesgo.³⁵

Peralta Pedrero Et. Al. Encuentran en su estudio que la ERGE 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. Los adultos mayores son un grupo de alto riesgo para presentar este padecimiento; además, en ellos son más frecuentes y graves las complicaciones.

En el año 2000, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada (proyecto compartido por la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y el Centro Cochrane Iberoamericano), estableció que el diagnóstico inicial de la ERGE debe ser clínico, que la endoscopia digestiva debe realizarse ante la presencia de síntomas o signos de alarma: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, anemia y melena. La pHmetría está indicada para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden

al tratamiento empírico y presentan endoscopia negativa. La pHmetría debe ir precedida de la realización de una endoscopia. Con base en lo anterior, y con la finalidad de proporcionar una herramienta de escrutinio para la ERGE en medicina familiar, en su estudio se utilizó una prueba clínica, el cuestionario de Carlsson-Dent, el cual fue propuesto como uno de los métodos diagnósticos por el consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este cuestionario se encuentra validado en idioma español, se aplica en menos de 10 minutos y no requiere estudios de gabinete ni laboratorio. Es importante considerar que este cuestionario fue diseñado para detectar pacientes con alta probabilidad de tener ERGE y responder al tratamiento médico; es una herramienta de escrutinio, no de diagnóstico.

Tratamiento

Si bien la gravedad y la frecuencia de los síntomas varían mucho entre los pacientes con ERGE, los síntomas de reflujo (SRGE) ocasionales no cumplen con los criterios para un diagnóstico de ERGE y se manejan con tratamientos intermitentes de bajo nivel y ajustes del estilo de vida, según sea necesario. Los síntomas más frecuentes o graves interfieren en gran medida con la calidad de vida de los pacientes y justifican un tratamiento que sea suficiente como para normalizar su calidad de vida. En general, el tratamiento de la ERGE sigue un enfoque gradual, tanto con respecto a las terapias como a los profesionales de la salud que dirigen el tratamiento o que están a su cargo.³⁷

Objetivos del tratamiento médico: El tratamiento de la ERGE debe individualizarse y debe orientarse a la presentación clínica de la enfermedad y a la intensidad de los síntomas. En la variante no erosiva con síntomas típicos el objetivo será el control de los síntomas. En la variante erosiva, el objetivo será la cicatrización de las

erosiones y evitar el desarrollo de complicaciones. En los pacientes con Esófago de Barrett, el objetivo será evitar la progresión a displasia y adenocarcinoma. En los pacientes con ERGE atípico (tos, asma, laringitis, etc.) el objetivo será el control de los síntomas y evitar el desarrollo de complicaciones, siempre y cuando exista evidencia que asocie los síntomas laríngeos con ERGE.^{4,7}

Tratamiento no farmacológico Modificaciones en el estilo de vida:

El estilo de vida y las modificaciones dietéticas pueden beneficiar a algunos pacientes seleccionados con ERGE, pero son poco eficaces en el alivio de los síntomas a corto, mediano y largo plazo. Sin embargo el IMC por encima de valores normales es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico y disminuye la eficacia clínica de la terapia médica, por lo que la pérdida de peso o evitar el aumento se debe considerar como pilar de las recomendaciones no farmacológicas en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico para así obtener un mejor resultado clínico del tratamiento médico.^{7, 29}

Las modificaciones en el estilo de vida y las recomendaciones dietéticas deben de individualizarse para cada paciente. La evidencia demuestra que es recomendable:

- Bajar de peso en sujetos con sobrepeso y obesidad
- Dejar de fumar.
- Disminuir el consumo de alcohol.
- Elevar la cabecera de la cama
- Dormir en decúbito lateral izquierdo.
- Evitar la ingesta de alimentos de forma abundante al menos 2 h antes de acostarse en la noche, en especial si el sujeto presenta síntomas nocturnos.

No hay evidencia para recomendar de forma generalizada la eliminación de alimentos que aparentemente pueden desencadenar síntomas de reflujo, como por ejemplo: comida condimentada, frutas cítricas, alimentos con alto contenido en grasas, productos con cafeína y las bebidas carbonatadas.^{4, 7}

Alimentación

Evitar diversos alimentos (refrescos carbonatados, café, alcohol, alimentos grasos, chocolate y menta) son generalmente recomendaciones en pacientes con ERGE, aunque la evidencia es limitada. En niños con síntomas refractarios a pesar del uso de IBP, un estudio reciente sugirió que la alergia a la leche de vaca podría imitar los síntomas de ERGE, y que una dieta de desalajo podría ayudar a resolver los síntomas.¹⁶

Encuestas de población sobre factores de riesgo relacionados con el estilo de vida para reflujo gastroesofágico sugirió un papel protector de Fibras dietéticas.^{17, 18} Un estudio reciente de etiqueta abierta sugirió el efecto positivo de Psillium (15 g por día) en ERGE síntomas y motilidad esofágica.

Tratamiento farmacológico Los medicamentos utilizados en el manejo de la ERGE son: los antiácidos, alginatos, sucralfato, antagonistas de los receptores de histamina H₂ (ARH₂), procinéticos, IBP e inhibidores de las RTEII.⁴

Antiácidos y alginatos Los antiácidos y los alginatos solo alivio sintomático y no contribuyen a la cicatrización ni evitan el desarrollo de complicaciones. No hay evidencia que apoye su uso crónico.

Actualmente, el uso de antiácidos está restringido para el alivio de la acidez asociada a la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE) leve intermitente. La prevalencia estimada de la acidez estomacal al menos una vez por semana en América del Norte varía entre el 18% y el 28% [2], y el 25% de los adultos reportan acidez estomacal a diario.¹³

Antagonistas de los receptores de histamina H₂ No deben ser utilizados como tratamiento de primera línea y son auxiliares en el manejo con IBP. Se recomienda por períodos cortos, ya que después de 7 días se produce taquifilaxia. Indicados en la hipersensibilidad a los IBP.⁶

Sucralfato: sin evidencia para su recomendación.

Procinéticos Estos medicamentos no deben ser utilizados como tratamiento único los procinéticos se pueden emplear en combinación con IBP. Pueden tener efectos secundarios relevantes que deben vigilarse, como hiperprolactinemia, disquinesia tardía, diarrea y cefalea.⁶

Inhibidores de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior El Baclofeno es el medicamento que hasta el momento ha demostrado mayor utilidad para disminuir las RTEEI, el uso de este agonista GABA disminuye las relajaciones transitorias del esfínter, con lo que disminuyen los episodios de reflujo (ácido y no ácido). Su uso se recomienda como adyuvante a los IBP en pacientes con falla a estos, aunque se deben de considerar su alta incidencia de efectos adversos, como cefalea, mareos y estreñimiento, que limitan su uso clínico.⁷

Los IBP son los medicamentos de primera elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus formas clínicas, ya que proporcionan un mayor alivio sintomático y más rápido, así como mayores porcentajes de cicatrización cuando son comparados con el placebo, los antiácidos y los ARH2. Es importante instruir a los pacientes que los IBP «convencionales» deben ser ingeridos al menos 30 min antes del desayuno, ya que es el momento del día en donde se encuentra la mayor cantidad de bombas activas en las células parietales.⁶

Seguridad a largo plazo de los inhibidores de la bomba de protones

Entre los potenciales efectos adversos de los IBP se incluyen: cefalea, diarrea, dispepsia en menos del 2% de los pacientes. Otros problemas potenciales incluyen deficiencias de vitaminas y minerales, la asociación con neumonía y diarrea adquirida en la comunidad, fractura de cadera y osteoporosis, y un aumento en los eventos cardiovasculares en pacientes que están bajo tratamiento concomitante con clopidogrel. Para aclarar estas situaciones, se han desarrollado múltiples metaanálisis. Con respecto al potencial déficit de vitamina B12 en pacientes bajo

tratamiento con IBP, hay que considerar que la absorción de cobalamina tiene que ver en primera instancia con la presencia de ácido gástrico y pepsina, con el objeto de liberar la cobalamina de las proteínas de la dieta. En dos revisiones recientes, no se encontró evidencia que documente el déficit de vitamina B12 en usuarios de IBP crónicos. Sin embargo, en un estudio reciente se observó que en pacientes ancianos institucionalizados que reciben IBP debe considerarse la deficiencia de vitamina B12.

El ácido gástrico también es necesario para la absorción de hierro. La anemia ferropénica ha sido reportada en pacientes con gastritis atrófica, resección gástrica o vagotomía. No hay evidencia en la actualidad que demuestre el desarrollo de anemia ferropénica en pacientes que reciben IBP.

El uso crónico de IBP puede promover el crecimiento de la microbiota intestinal. Una revisión sistemática mostró un incremento de la susceptibilidad a la infección por Salmonella (RR 4,2-8,3), Campylobacter (RR 3,5-11,7) y Clostridium difficile (RR 1,2-5). En base a las evidencias actuales, se podría decir que el uso de IBP puede ser un factor de riesgo para Clostridium difficile y otras infecciones entéricas y debe ser utilizado con cautela en pacientes susceptibles.

El aumento en el riesgo de neumonía adquirida en la comunidad no pudo ser claramente documentado en asociación con el uso crónico de IBP.

Con respecto al metabolismo del calcio, en el estudio con mayor tiempo de seguimiento a la fecha, se observó que el uso de IBP los 5 años previos no estuvo asociado con osteoporosis.

En el año 2009 la FDA emitió un alerta con respecto al potencial aumento en los eventos cardiovasculares en pacientes que utilizaban concomitantemente IBP (particularmente omeprazol, lanzoprazol y esomeprazol) y clopidogrel. Esto ocurriría porque ambas drogas comparten el CYP 2C19. Los estudios inicialmente mostraban que existía una reducción de la inhibición plaquetaria del clopidogrel en presencia de IBP. Sin embargo, esto no fue corroborado en estudios clínicos.

Por otro lado, estudios recientes muestran una posible asociación entre el uso crónico de IBP con la demencia en mayores de 75 años (OR 1,44; IC 95% 1,36-

1,52) y con la falla renal crónica. Hay que tener en cuenta que se trata de estudios retrospectivos, con problemas metodológicos y que no prueban causalidad.

En general, se consideran medicamentos seguros y sus efectos adversos son raros (< 2%) siendo los más comunes: náuseas, diarrea, dolor de cabeza, insomnio y anafilaxia. Respecto a la seguridad a largo plazo, se han realizado múltiples metaanálisis con resultados controversiales, aunque la evidencia permite hacer las siguientes recomendaciones: • El uso crónico de IBP, en especial en sujetos de más de 65 años, es un factor de riesgo para infección por *C. difficile* y otras infecciones enterales, como *Salmonella* y *Campylobacter*. • El uso crónico de IBP no debe considerarse como el único factor de riesgo para osteoporosis. • Aunque el uso de IBP por períodos cortos se asocia al desarrollo de neumonía adquirida en la comunidad en población de alto riesgo, este no es mayor que el asociado con el uso de AR H2. • El uso de IBP de forma concomitante con clopidogrel no incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares.⁴

El *Helicobacter pylori* no participa en la fisiopatología de la ERGE de manera directa, por lo que su erradicación no debe ser considerada como parte del tratamiento de la ERGE.⁴

Como lo comenta Joachim Labenz y cols., en su artículo "Propuesta de enfoque para el tratamiento desafiante de la enfermedad de reflujo gastroesofágico progresivo". Donde se realizó una revisión de la literatura sobre la progresión de la ERGE hacia el esófago de Barret y los cambios fisiológicos y patológicos asociados, y se identificaron los factores de riesgo para la progresión. Además, se discute un enfoque potencial para la prevención de la progresión. La evidencia actual muestra que la ERGE puede progresar; sin embargo, es posible que los pacientes con riesgo de progresión no se identifiquen con suficiente anticipación para evitarlo. Las biopsias de la unión escamocolumnar que muestran una intestinalización microscópica de la mucosa cardíaca metaplásica en pacientes endoscópicamente

normales predicen el futuro esófago de Barret visible y un indicador de la progresión de la ERGE. Dichos cambios solo se pueden identificar mediante una biopsia, que actualmente no se recomienda para pacientes endoscópicamente normales. El tratamiento de la ERGE debe apuntar a prevenir la progresión. Proponemos que los pacientes endoscópicamente normales que responden parcialmente o no responden a la terapia con IBP se someten a biopsias de rutina en la unión escamocolumnar para identificar cambios histológicos que puedan predecir la progresión futura. Esto permitirá una intervención temprana, dirigida a prevenir el esófago de Barrett.¹¹

Como lo menciona Zubair Khan en el metaanálisis “Terapia bajo demanda con inhibidores de la bomba de protones para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad por reflujo no erosivo o la esofagitis de erosión leve: una revisión sistemática y un metaanálisis”. El tratamiento con IBP parece ser efectivo para el Manejo a largo plazo de muchos pacientes con ERGE o EE leve. Después del control inicial de los síntomas con un curso de tratamiento IBP, el tratamiento IBP puede ser considerado apropiadamente para el manejo a largo plazo de tales pacientes.⁵

Estrategias de tratamiento y duración; Tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosiva. En estos casos se recomienda usar un IBP en su dosis estándar por un período de 4 semanas. En caso de lograr control sintomático, se suspende el medicamento y se reinicia en caso de recaída. En caso de recaída se puede optar por los siguientes esquemas de mantenimiento con IBP

- a. *Continuo*: utilizar de forma ininterrumpida la dosis mínima del IBP que proporcione control sintomático.
- b. *A demanda*: utilizar la dosis estándar cada vez que el paciente presente síntomas y suspenderlo cuando se hayan controlado los síntomas.
- c. *Intermitente*: utilizar la dosis estándar por períodos definidos de al menos 2-4 semanas cada vez que tenga recaída de síntomas.

Otra opción de mantenimiento es pasar de un IBP a un ARH2 y este utilizarse por períodos cortos y solo en caso de síntomas leves o intermitentes.

En caso de que con la dosis inicial de IBP la respuesta sea parcial o no exista respuesta, se deben de investigarlas siguientes situaciones:

- Que exista una adecuada prescripción y administración del fármaco.
- La calidad del producto.
- El apego al tratamiento.

Si se han descartado cualquiera de las situaciones anteriores, entonces el duplicar la dosis el cambiar de IBP o el dividir la dosis en el día (si existen síntomas nocturnos) son estrategias que deben ser probadas. Si a pesar de estas medidas no existe control de los síntomas, el paciente deberá de reevaluarse y catalogarse como falla al IBP o ERGE refractaria.^{4,7}

Derivación o Envío a segundo nivel

Considere la derivación a un segundo nivel como consulta de cirugía o gastroenterología cuando el paciente: de cualquier edad curse con síntomas atípicos de enfermedad por reflujo gastroesofágico o síntomas que no respondan al tratamiento de manera inexplicable, con sospecha de complicaciones que ameriten tratamiento quirúrgico, con Infección por H. pylori que no responde a la terapia de erradicación de segunda línea.^{7, 30}

Indicaciones para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Pueden ser considerados para tratamiento quirúrgico pacientes con diagnóstico objetivo de ERGE en los siguientes casos:

a. Los pacientes que presentan disminución de la calidad de vida, síntomas persistentes que le causen problema, y/o progresión de la enfermedad a pesar de terapia adecuada con IBP.

- b. Pacientes con buena respuesta a los IBP, dependientes de IBP y una calidad de vida aceptable se consideran para cirugía si el paciente lo desea. Se debe informar de los potenciales efectos colaterales y los riesgos posibles de la cirugía.
- c. En algunos pacientes con ERNE la cirugía antirreflujo les puede mejorar la calidad de vida.
- d. Pacientes con síntomas extra esofágicos con correlación positiva de síntomas y buena respuesta al uso de IBP se pueden beneficiar de cirugía antirreflujo.
- e. Pacientes con ERGE y obesidad obtienen mayores beneficios con cirugía bariátrica como la derivación gastro-yeyunal (bypass gástrico) que con cirugía antirreflujo. Las indicaciones son sobre la base del índice de masa corporal y los criterios de cirugía bariátrica.⁴
- f. Pacientes con hernia hiatal grande (> 5 cm).
- g. Pacientes con neumonía por aspiración.^{4, 14}

ERGE refractaria se encuentra con frecuencia en la clínica práctica. Hasta el momento hay pocos estudios que evalúen rigurosamente las opciones terapéuticas de esta condición. Basado en un panel de expertos, la exposición persistente a ácido patológico en IBP podría ser una buena indicación para la cirugía, especialmente si hay una hernia hiatal, podría ser de interés en algunos casos de resistencia al IBP, así como Baclofeno y algunos procinéticos digestivos. Las terapias alternativas deben ser evaluado en pacientes con hipersensibilidad o síntomas funcionales, ya que la eficacia de las terapias convencionales es extremadamente limitada.¹⁵

ERGE refractaria, más allá de los inhibidores de la bomba de protones. La terapia farmacológica, la cirugía, las terapias mínimamente invasivas y las terapias alternativas son diferentes opciones disponibles para el tratamiento de la ERGE refractaria. La elección puede depender de la causa de la refractariedad. El aumento de la terapia de supresión del ácido gástrico podría ser útil en los pacientes raros con exposición persistente al ácido esofágico elevada en los inhibidores de la bomba de protones (IBP). Los bloqueadores de ácido competitivos con potasio (P-

CAB) podrían inducir una inhibición ácida más importante que la PPI. El baclofeno podría actuar como un inhibidor del reflujo y demuestra una eficacia significativa en el síndrome de rumia. El papel del antiácido-alginato tópico en la ERGE refractaria podría ser limitado. La cirugía podría ser una opción válida en caso de exposición esofágica del ácido patológico persistente a pesar del IBP. Es necesaria una evaluación adicional de los procedimientos mínimamente invasivos. Finalmente, la dieta, la respiración diafragmática y la acu-estimulación eléctrica transcutánea pueden ser de interés en pacientes con hipersensibilidad esofágica o síntomas funcionales.²⁰

Historia natural y complicaciones

Inicialmente se ha de considerar a la ERGE como una enfermedad crónica de curso benigno y patrón clínico recurrente. Es controvertido que el grado de lesión tisular sea estable en el tiempo. Aunque existen datos discordantes, parece que la mayor parte de los pacientes sin esofagitis en el momento del diagnóstico no la desarrollarán nunca, pocos de los que presentan lesiones sufrirán un agravamiento de las mismas en el futuro y una parte sustancial de los que presentaron lesión tisular al inicio del cuadro regresarán hacia formas no erosivas. Sin embargo, en un porcentaje de los casos, que varía según diferentes estudios (0-25%)¹³ y según el fenotipo con el que debuta la enfermedad (ERGE no erosiva, esofagitis o esófago de Barrett) se produce una progresión de la enfermedad y pueden surgir complicaciones.³⁴

La **úlcera péptica esofágica** es la complicación más frecuente. Suele asentar en el tercio inferior, sobre islotes de mucosa metaplásica, y se caracteriza por ser bastante más profunda que las que asientan sobre epitelio escamoso. Esta particularidad le confiere la capacidad de causar hemorragias graves, e incluso de perforar la pared del órgano.³³

La **estenosis péptica esofágica** se produce cuando el reflujo ácido es grave y prolongado. En las fases iniciales se debe sobre todo al edema mucoso y al espasmo asociado, pero cuando el proceso inflamatorio alcanza la submucosa, se produce una estenosis fibrótica anular. Clínicamente se manifiesta por la aparición de disfagia mecánica y por la mejoría de la pirosis.³³

La **hemorragia digestiva** derivada de la ERGE suele ser leve, aunque sostenida en el tiempo. Habitualmente se manifiesta por el hallazgo de una anemia microcítica y/o la positividad de un estudio de sangre oculta en heces. Raramente debuta como melenas o hematemesis.

El **esófago de Barrett** (EB) supone una sustitución del epitelio escamoso que recubre el esófago normal por otro columnar especializado, de tipo intestinal. Obedece a un reflujo gastroesofágico grave y de larga evolución, en el que parece poseer un papel determinante el contenido bilio-pancreático. Además, suelen presentar disfunción esfinteriana y descenso en la amplitud de las ondas peristálticas esofágicas de forma más acusada que el resto de pacientes con reflujo pero sin metaplasia. Su principal interés estriba en su capacidad de generar cambios displásicos que conducen a la aparición de un adenocarcinoma. La prevalencia de esta lesión premaligna en sujetos sintomáticos (con pirosis) es de un 4% para segmentos superiores a 3 cm (EB largo) y de un 15% para segmentos de menor longitud (EB corto), aunque la presencia de estos últimos podría ser independiente de la existencia de síntomas. En población no seleccionada la prevalencia de EB oscila entre el 1% y el 7%. El riesgo de adenocarcinoma en estos pacientes es 40-50 veces superior que en el resto de la población, estimándose que el 0,5% maligniza anualmente.³⁴

El **adenocarcinoma esofágico y/o de la unión esófago-gástrica** ha incrementado notablemente su incidencia en las últimas décadas. Se admite que más de la mitad de los adenocarcinomas de la unión, y prácticamente la totalidad de los esofágicos

asientan sobre segmentos metaplásicos, por lo que la secuencia de malignización mayoritariamente aceptada es reflujo → esofagitis → esófago de Barrett → displasia →carcinoma. Varios estudios poblacionales y un metaanálisis reciente han demostrado que la clínica de reflujo frecuente, grave y de larga evolución es un importante factor de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma esofágico.³³

Calidad de vida del paciente con ERGE

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto que enfatiza el modo en que la enfermedad es percibida por el paciente y las consecuencias que de ella se derivan en su entorno socio laboral, afectivo y personal. Hoy en día existen cuestionarios (tabla 4) que permiten mensurar todas estas dimensiones y evaluar no solo el impacto de la enfermedad sobre la CVRS sino también el resultado de las distintas opciones terapéuticas. Este último aspecto resulta primordial, en los casos de ERGE sin lesiones endoscópicas. Distintos estudios coinciden en señalar que la CVRS es peor en los pacientes con ERGE que en la población general, y también, en algunas dimensiones, cuando se compara con otras enfermedades altamente prevalentes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca e incluso la depresión. Es un hecho bien contrastado que la ERGE puede interferir con el sueño nocturno y ocasionar una pérdida de productividad laboral. El grado de lesión mucosa o la presencia de esófago de Barrett no parecen ser determinantes en el grado de deterioro de CVRS referido por el paciente. Sin embargo, otros factores como el sexo femenino, la obesidad, la intensidad con que se perciben los síntomas, la presencia de clínica nocturna y el estrés psicológico parecen jugar un papel más relevante.³²

Estudios Previos

A Ruíz García., en su Artículo. “Valoración de la implantación en atención primaria de la guía de práctica clínica ERGE” mide entre los médicos de atención primaria el

grado de implantación de la guía sobre el manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y el manejo de la ERGE en su práctica clínica habitual. Concluye que el 75.35 % de los médicos de atención primaria conoce la guía de práctica clínica y existe un alto nivel de adecuación del manejo diagnóstico y terapéutico de las recomendaciones emitidas.

Se identificaron 10 recomendaciones en la guía de práctica clínica de Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, las cuales se traspalarán sin modificaciones ni juicios por parte del investigador para la elaboración de una cedula de recolección de 10 preguntas de esta manera conocer cuáles son las recomendaciones que sigue o conoce el médico Familiar y obtener un porcentaje de las mismas asignando un total de la encuesta del 100%.

Hasta ahora, los datos de diferentes estudios no ayudaron a comprender definitivamente la historia natural de la ERGE. Los estudios evaluados son principalmente retrospectivos y diferentes en su metodología, y están confundidos por una Gama de factores que hacen comentarios sobre la progresión. Tasas bastante difíciles: duración y dosis del tratamiento con IBP, La presencia de terapia anti-secretoria en el Momento de la evaluación endoscópica y la superposición entre los síntomas gastrointestinales funcionales y el diagnóstico de ERGE. La falta de prospectiva longitudinal en los estudios se refieren principalmente al período anterior a la generalizada disponibilidad de potentes agentes anti secretores (IBP) y es bien sabido que los análisis retrospectivos no son útiles para observar consistentemente la historia natural de una enfermedad y, en particular, de la ERGE.³⁶

Svarino Et. Al, concluye que no se dispone de información sobre los resultados de la fisiopatología pruebas que podrían haberse realizado al menos una vez durante la historia clínica de los pacientes, aunque son la única herramienta que es capaz de abordar una terapia adecuada en pacientes con ERGE, de todos modos, el mayor número de estudios mostró que ERGE rara vez causa complicaciones graves cuando el tratamiento es impulsado por los síntomas; si la endoscopia inicial excluye

Esófago de Barret y Adenocarcinoma, no son necesarias las endoscopias repetidas para documentar la curación completa o buscar síntomas de alarma del cáncer menos que aparezcan. ³⁶

II. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una entidad prevalente a nivel mundial y no es la excepción en América Latina así como en México, donde se reporta una prevalencia del 19.6 % al 40 %, con una incidencia estimada de 4.5 a 5/1000 pacientes por año. Asociada a complicaciones de gran impacto tanto para el paciente y su familia y para los sistemas de salud, como el Esófago de Barret y el Cáncer de esófago. Se considera que sus principales manifestaciones (regurgitación y pirosis) cuando se presentan con una mayor frecuencia por semana impactan de manera negativa a la calidad de vida mermando el rendimiento laboral) y haciendo más ineficiente la productividad. A nivel de sector salud el impacto se genera al no realizar el diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo que los pacientes se diagnostican cuando ya cursan con complicaciones que implican un mayor consumo de recursos para la institución. Al medir la congruencia clínico terapéutica y difundir el resultado se motivara a los médicos familiares a considerar el registro de la enfermedad dentro de los principales diagnósticos emitidos durante la atención así como a considerar las recomendaciones en el tratamiento con la finalidad de fortalecer su conocimiento y hacer más eficiente su práctica médica. Se pretende evitar el sub registro con el conocimiento y a mediano plazo poder contar con una base confiable para estimar la prevalencia en la unidad de medicina familiar y así aportar un registro confiable para la estimación de la prevalencia nacional. Es responsabilidad del primer nivel de atención realizar las valoraciones iniciales de este tipo de población, por lo que el conocimiento sobre el diagnóstico, tratamiento y criterios de referencia al segundo nivel de atención son esenciales en la práctica profesional de los Médicos Familiares. En la UMF 21 existe disponibilidad de recursos humanos siendo la fortaleza los Médicos Familiares, así como recursos materiales medicamentos y acceso a plataformas digitales de información para la

consulta como la de CENETEC que difunde las diferentes GPC. Se cuenta con espacios físicos 23 consultorios en los turnos matutino y vespertino, áreas de espera, laboratorio clínico, consultorio de Nutrición y Trabajo Social.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad por reflujo gastroesofágico presenta una alta prevalencia estimada con base en la presentación solo de síntomas típicos, se desconoce su prevalencia general considerando todas las características clínicas de la enfermedad, dada su estrecha relación con complicaciones como Esófago de Barret y Cáncer esofágico se considera importante investigar la congruencia clínico terapéutica en el primer nivel de atención, así como identificar el sexo, el rango de edad, y antigüedad que presenta mayor congruencia clínico terapéutica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la congruencia clínico terapéutica en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos de la UMF No. 21?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

- Medir la congruencia clínico terapéutica en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos de la UMF No. 21”

Objetivos específicos

- Identificar el porcentaje de congruencia clínica. terapéutica por rango de edad
- Identificar el porcentaje de congruencia clínico terapéutica en el estado civil casado

- Identificar el Sexo que presenta mayor congruencia clínica terapéutica
- Describir el porcentaje de congruencia clínica terapéutica que se presenta de acuerdo al rango de antigüedad institucional.

V. HIPÓTESIS DE TRABAJO

La congruencia clínico terapéutica en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos de la UMF 21 es del 50%

VI. VARIABLES

Variables Sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Antigüedad institucional

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variables sociodemográficas

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Calificación | Tipo de variable |
|--------------------------|---|--|---|---------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo, se mide en años. | Años cumplidos al momento de la aplicación de la encuesta. | 1) 25-35 2) 36-45 3) 46-55 4) 56 y más | Cualitativa Ordinal |
| Sexo | Es la identidad sexual que esta denominada biológicamente | Sexo referido por el entrevistado. Y registrado en el formato de encuesta. | 1) Mujer 2) Hombre | Cualitativa Nominal |
| Antigüedad institucional | Tiempo que lleva una persona trabajando en | Tiempo que lleva el encuestado trabajando para el IMSS | 1) 0 a 10 2) 11 a 20 3) 21 a 30 | Cualitativa Ordinal |

| | | | | |
|--|-----------------|--|--|--|
| | un mismo empleo | como médico operativo al momento de la entrevista. | | |
|--|-----------------|--|--|--|

Variables del estudio

| Variable Compleja | Definición conceptual | Definición operacional | Indicador | Tipo de Variable |
|--|--|--|---|-----------------------|
| Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la Enfermedad por reflujo gastroesofágico en adultos | Coherencia en la identificación de los síntomas del padecimiento y asignación del tratamiento de elección en la enfermedad por reflujo gastroesofágico | Numero de recomendaciones identificadas que se expresara en porcentaje en base a la cedula | 10 = 100% 9= 90% 8= 80% 7=70 % 6= 60 % 5= 50 % 4 = 40% 3= 30% 2= 20% 1= 10 % | Cuantitativa discreta |

VII. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Médicos Familiares con tipo de Contratación Base adscritos a la UMF No. 21.

Criterios de exclusión:

- Médicos Familiares que desempeñen actividades de tipo Administrativo o con Cargo Tipo Confianza A o B o investigación o Servicio de Atención Médica Continua

Criterios de eliminación

- Médicos Familiares que no respondan completa la encuesta o que no desean participar
- Médicos que presenten dificultades para terminar la encuesta

VIII. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio Trasversal y descriptivo.

IX. MATERIAL Y MÉTODOS

Población de estudio

Médicos Familiares de ambos sexos con Tipo de contratación base asignados a un consultorio con población designada.

Ámbito geográfico

Unidad de Medicina Familiar Núm. 21 “Francisco del paso y Troncoso” del IMSS.

Límite en el tiempo

Del 01 de Julio de 2018 al 31 de diciembre de 2019

X. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente estudio se realizará mediante el llenado de una cedula de recolección de datos que será llenado por Médicos Familiares que laboren en los turnos, matutino, vespertino y jornada acumulada y estén asignados a un consultorio, en la UMF No. 21 del IMSS, Delegación Sur de la ciudad de México durante un periodo que comprenderá de junio de 2019 a diciembre de 2019. La información obtenida se concentrará en una base de datos que se descargara del Formato Base de datos de Google Forms, a una base de datos en Microsoft Excel donde se realizara su asignación numérica, posteriormente se migrara esta base de datos al programa de análisis estadístico SPSS versión de prueba Gratuita con licencia de IBM, posteriormente se presentaran los resultados mediante el uso de tablas y gráficos para su descripción.

Procedimientos

1. Revisión bibliográfica

Previa valoración del Comité de Investigación y de acuerdo con los aspectos

éticos establecidos, se inicia la investigación construyendo un marco teórico mediante la revisión bibliográfica del tema a estudiar principalmente de las recomendaciones emitidas Asociación Mexicana de gastroenterología sobre la actualización en el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico así como las recomendaciones presentadas en la GPC: Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica México, CENETEC; 2018., diversas fuentes que brinden información sobre Actualización médica y educación médica continua como las siguientes plataformas de búsqueda; PubMed, TESIUNAM, Scielo, JAMA.

2. Diseño de cedula de recolección de datos

Se realiza una cedula de recolección de la información que incluye 10 preguntas cerradas las cuales se evaluarán de forma correcta (1) e incorrecta (2). Las preguntas y sus opciones de respuesta fueron redactadas siguiendo la estructura de la guía de práctica clínica DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN ADULTOS. Esta cedula se transcribirá a la plataforma Google Forms con la finalidad de que los médicos puedan responder la cedula en el dispositivo electrónico que portará el encuestador.

3. Recolección de datos

La encuesta electrónica será proporcionada a los médicos adscritos de la UMF 21 una vez que acepten participar en el estudio. La aceptación sobre la participación en este estudio estará supeditada a la firma de carta de consentimiento informado (ver apartado de ética y anexos).

Maniobras para evitar el sesgo en la respuesta del instrumento de captura se utilizará la opción de no avanzar sin responder a la siguiente pregunta dentro de la plataforma de Google Forms.

4. Evaluación de costos.

Todos los gastos serán absorbidos por el investigador, lo cuales implican gastos de papelería.

5. Concentración y análisis de la información:

La información obtenida a partir de la encuesta electrónica será tomada desde la modalidad de opción de descarga de hoja de cálculo de la plataforma Google Forms. La matriz de datos será trabajada para transformarla a condiciones numéricas en caso de ser necesario. La matriz de datos en conformación numérica es un requisito para el uso de un paquete estadístico. El paquete estadístico que se pretende utilizar será SPSS en su versión gratuita más reciente disponible en la nube. Para las variables cualitativas se utilizara el análisis descriptivo de frecuencias y porcentajes.

Control de sesgos

Independientemente del tema y los objetivos de un estudio, que pueden ser de mayor o menor interés para el lector o para la comunidad científica, lo que siempre se debe perseguir es que el estudio sea preciso y válido. Todo estudio debe ser entendido como un ejercicio de medida en cada uno de los apartados de planificación, ejecución e interpretación. Es por tanto necesario formular unos objetivos de forma clara y cuantitativa para dejar muy bien sentado desde el principio que es lo que se quiere medir. Si este primer paso es deficiente o poco claro la calidad de un estudio se tambalea. Por lo tanto, se debe contemplar el control de los siguientes sesgos.

Control de sesgo de Selección. En el presente estudio no se presentaron problemas en el proceso de identificación de la población a estudiar ya que esta situación se prevé al tener a la población de estudio cautiva y los datos se obtuvieron del área de personal donde se confirmó la situación contractual de cada médico y con la información obtenida de la coordinación medica de los tres diferentes turnos respecto a los médicos que se encuentran como operativos asignados a un

consultorio. Todos en una misma ubicación para el muestreo que será dentro de las instalaciones de la unidad de medicina familiar.

Sesgo de Medición. La meta fundamental que todo estudio epidemiológico debe perseguir es la agudeza en la medición. Por ello, que todo lo que amenace esta correcta medición debe ser identificado y corregido. Los elementos que amenazan estas mediciones son: El Error Aleatorio y el Error Sistemático. Por tanto en este estudio se medirá de manera porcentual y el método de muestreo que se utilizara será por conveniencia por lo que abarcará el total de la población de estudio con lo que se elimina el sesgo de medición.

Sesgo de información El sesgo de información es por tanto una distorsión en la estimación del efecto por errores de medición en la exposición o enfermedad o en la clasificación errónea de los sujetos. En el presente estudio se realiza la estructura de un cuestionario adecuado para la población a la que se aplica el cual es claro y preciso, presenta criterios diagnósticos breves precisos no permite omisiones e imprecisiones de la información la cual se recaba de fuentes como artículos indexados recientes, no es necesaria la clasificación de grupo ya que en los criterios de inclusión se especifica claramente las cualidades que deben tener los participantes al momento de contestar la encuesta, durante la aplicación de la encuesta el encuestador (a) no realizará ninguna intervención ya que esta será clara y comprensible, para así evitar errores por el encuestador.

Sesgo de Confusión. Puede resultar de un sobre o subestimación de la asociación real. Existe un sesgo de confusión cuando observamos una asociación no causal entre la exposición y el evento en estudio por la acción de una tercera variable que no es controlada. En el presente estudio este sesgo se pretende disminuir mediante la restricción que limita la participación en el estudio a sujetos que son similares. Se evita al definir específicamente las variables de estudio.

XI. ASPECTOS ESTADÍSTICOS

Muestreo

- ❖ No Probabilístico Por conveniencia

Tamaño de la Muestra

Se realiza el siguiente cálculo estadístico de la muestra con fines didácticos ya que el tipo de muestreo que se utilizara será no probabilístico por conveniencia al contar con una población de estudio finita.

El cálculo se realiza mediante una fórmula para población finita, la cual consta de los siguientes elementos:

Método Analítico

Formula

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

n: Tamaño de la muestra

N: Tamaño de la población (61)

$Z_a^2 = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%)

$p = 0.50$ proporción esperada (en este caso =50%)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.50$)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%= 0.05)

$$n = \frac{(61) \quad (1.96^2) \quad (0.50) \quad (0.5)}{(0.0025) \quad (61 - 1) + (1.96^2) \quad (0.50) \quad (0.5)}$$

$$n = \frac{(61) \quad (3.8416) \quad (0.50) \quad (0.5)}{(0.0025) \quad (60) + (3.8416) \quad (0.50) \quad (0.5)}$$

$$n = \frac{58.5844}{1.1104}$$

n= 52.75

XII. ASPECTOS ÉTICOS

En el presente estudio se dará prioridad a mantener la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes debido a la relación laboral que existe entre los participantes y la institución, con la finalidad de que prevalezca el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar esto de acuerdo a lo señalado en el artículo 13 de la Ley General de Salud.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud artículo 13 y 14 en el estudio, prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar del paciente. Respecto al artículo 17 de la misma ley, el presente estudio se considera como Investigación sin riesgo ya que no se realizara ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, ya que solo se recabaran opiniones mediante el llenado de una cedula de recolección de datos, no se realizara ninguna evaluación a sus capacidades ni se emitirá un juicio sobre los resultados.

El presente estudio también se apega a las pautas¹, 10,12, 22 y apéndice 2 de CIOMS. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, donde se realiza una investigación y procedimientos de calidad para garantizar que la producción de la información sea confiable y de impacto, y pueda contribuir en el desarrollo de más líneas de investigación, no se iniciara la investigación sin contar con la autorización mediante la aceptación y firma del consentimiento por parte de los participantes.²³

Conflicto de interés

Los investigadores declaran que no existe conflicto de interés, por parte de ellos para la realización del presente estudio.

XIII. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, ECONÓMICOS, FINANCIAMIENTO.

Recursos Humanos

1. Un médico residente de 3er año de la especialidad en medicina familiar
2. Dos asesores Médicos especialistas en Medicina Familiar

Recursos Materiales

1. Una computadora
2. Hojas blancas
3. Una impresora
4. USB para almacén de la información
5. Una carpeta Plástica para almacén de evidencias

Recursos económicos

En este estudio no se requiere inversión económica extra a parte de la que el IMSS ha invertido en el manejo de los derechohabientes. Los recursos consumibles serán aportados por el alumno en caso de ser necesario.

Financiamiento

El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

XIV. EXPERIENCIA DE GRUPO

El equipo de investigadores cuenta con experiencia laboral en el área de consulta de Medicina Familiar aproximadamente 5 años en este periodo de tiempo y tras la actualización constante cuenta con la experiencia suficiente para la realización de este estudio.

XV. FACTIBILIDAD

La investigación se realizará en la Unidad de Medicina familiar que cuenta con consultorios. Los procedimientos de la investigación serán realizados por el investigador, desde el punto de vista clínico se encuentra calificado y apto. El

estudio será responsabilidad del investigador el cual cuenta con los recursos técnicos y científicos para hacerlo competente.

XVI. DIFUSIÓN

La información obtenida se presentará mediante el uso de gráficas y tablas, así como descripción del análisis de resultados, posteriormente se pretende realizar difusión por medio de un folleto informativo para médicos como estrategia de educación continua en la UMF No. 21.

XVII. TRASCENDENCIA

La investigación identificara el porcentaje de congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos en la UMF 21, con base en la identificación del mayor número de recomendaciones emitidas en la GPC Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto. Actualización 2018. Esta investigación permitirá mediante la difusión de resultados y evidencias fortalecer la práctica profesional del Médico Familiar identificando de manera oportuna a los pacientes que presenten síntomas con la instauración de un tratamiento oportuno que impactara de manera directa en la calidad de vida de los pacientes mejorando su salud retrasando complicaciones asociadas a Metaplasia y Cáncer de Esófago. Impactara de manera positiva a nivel institucional ratificando la fortaleza que se tiene en el personal médico operativo disminuyendo la frecuencia en la indicación innecesaria auxiliares de gabinete, con esto generando un impacto positivo al hacer uso razonado los recursos. Permitirá a su vez evitar el subdiagnóstico como una medida para que en estudios posteriores pueda estimarse la prevalencia de la ERGE.

XVIII. ASPECTOS DE BIOSEGURIDAD

No aplican en este caso ya que solo se aplicarán encuestas.

XIX. ANALISIS DE RESULTADOS

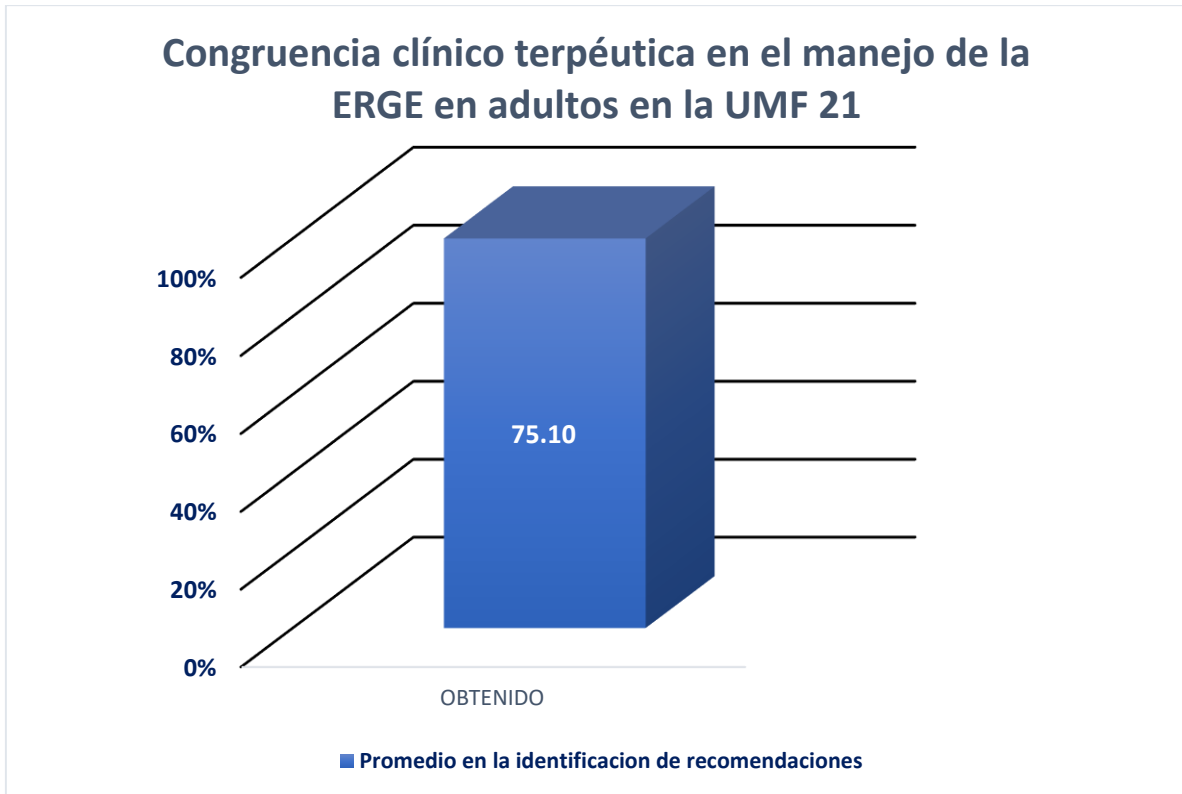
Se estudió una población de 51 Médicos Familiares en la UMF 21. El 41.2% (21/51) de los médicos encuestados se encontraba en el rango de antigüedad de 0 a 10 años, el 33.3 % (17/51) de médicos encuestados se encontraba en el rango de 11 a 20 años de antigüedad institucional y 25.5 % (13/51) se encontraba en el rango de 21 a 30 años de antigüedad. El 37.3 % (19/51) de médicos encuestados se encontraba en el rango de edad de 36 a 45 años de edad, el 66.7 % (34/51) de los médicos encuestados pertenecía al sexo mujer, el 62.7 % (32/51) se encontró en estado civil casado, el 51 % (26/51) se encontraba con un rango de años de egreso de 0 a 10, el 39.2% (20/51) se encontraba laborando en el turno matutino.

El 96.1 % (49/51) de los médicos encuestados identifico la recomendación sobre los síntomas típicos de la ERGE, el 94.1 % (48/51) de los médicos encuestados identifico los síntomas atípicos de la ERGE, el 80.4 % (41/51) médicos encuestados indico que la duración de la prueba terapéutica debía ser de 4 semanas, solo el 19.6% (10/51) identifico la recomendación sobre una duración de 2 semanas de la prueba terapéutica, el 90.2% (46/51) identifico la recomendación sobre que la mejoría del 50% o más de los síntomas se considera una prueba terapéutica positiva, el 82.4% (42/51) de los médicos encuestados identifico al Omeprazol como la recomendación para el fármaco de elección para la prueba terapéutica, el 86.3% (44/51) de los médicos encuestados identifico las recomendaciones no farmacológicas disminución del peso, abandono del hábito tabáquico y el alcohol y no comer 2 hrs antes como las principales recomendaciones para el tratamiento no farmacológico de la ERGE, el 84.3% (43/51) de los médicos encuestados identifico a los IBP como los fármacos de elección en el tratamiento de la ERGE, el 68.6% (35/51) de los médicos encuestados identifico lo correcto sobre que el uso crónico de IBP en mayores de 65 años es un factor de riesgo para la infección por Clostridium difficile, el 62.7% (32/51) de los médicos encuestados identifico la recomendación sobre los esquemas de tratamiento continuo, a demanda e intermitente que se pueden utilizar en caso de recaída, el 66.7% (34/51) de los médicos encuestados identifico la recomendación sobre las principales causas de

referencia a segundo nivel como: síntomas atípicos de la ERGE y reflujo refractario al tratamiento.

Se encontró que la congruencia Clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en la UMF 21 fue del 75.10%. Ver Grafica 1.

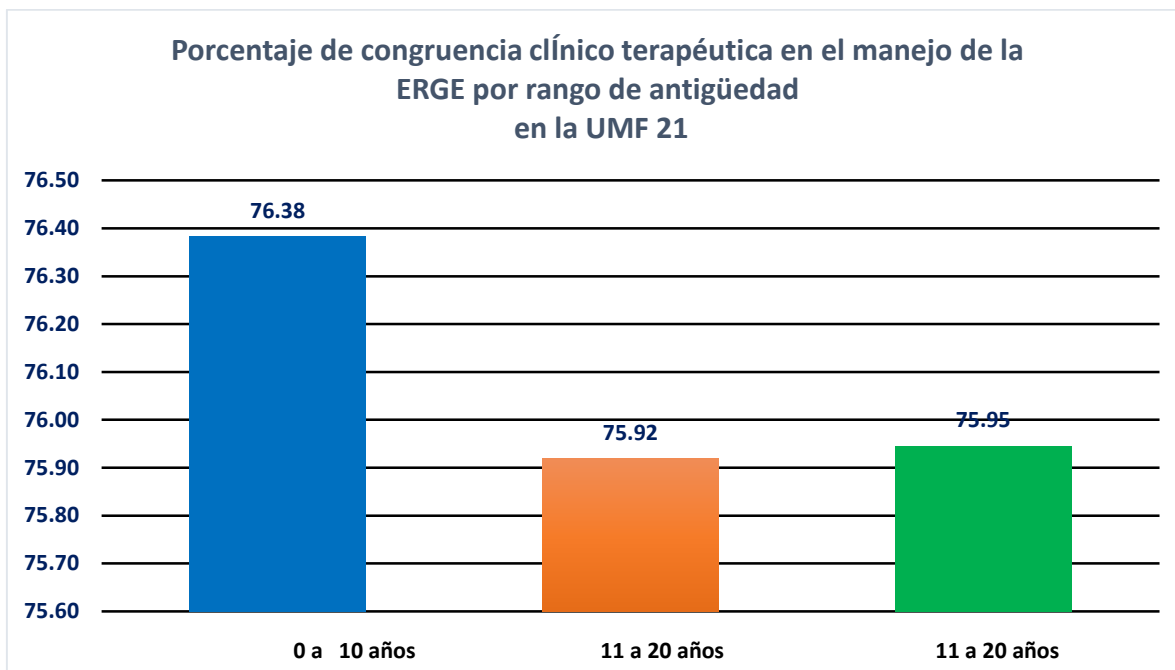
Grafica 1. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos de la UMF 21.



Fuente: Protocolo de Investigación. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos en la UMF 21

Con respecto al rango de antigüedad se encontró que el rango de 0 a 10 años presenta una congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE de 76.38%, para el rango de antigüedad de 11 a 20 años se encontró que presenta una congruencia de 75.92 %, y para el rango de edad de 21 a 30 años de antigüedad presenta una congruencia de 75.95%. Ver Grafica 2.

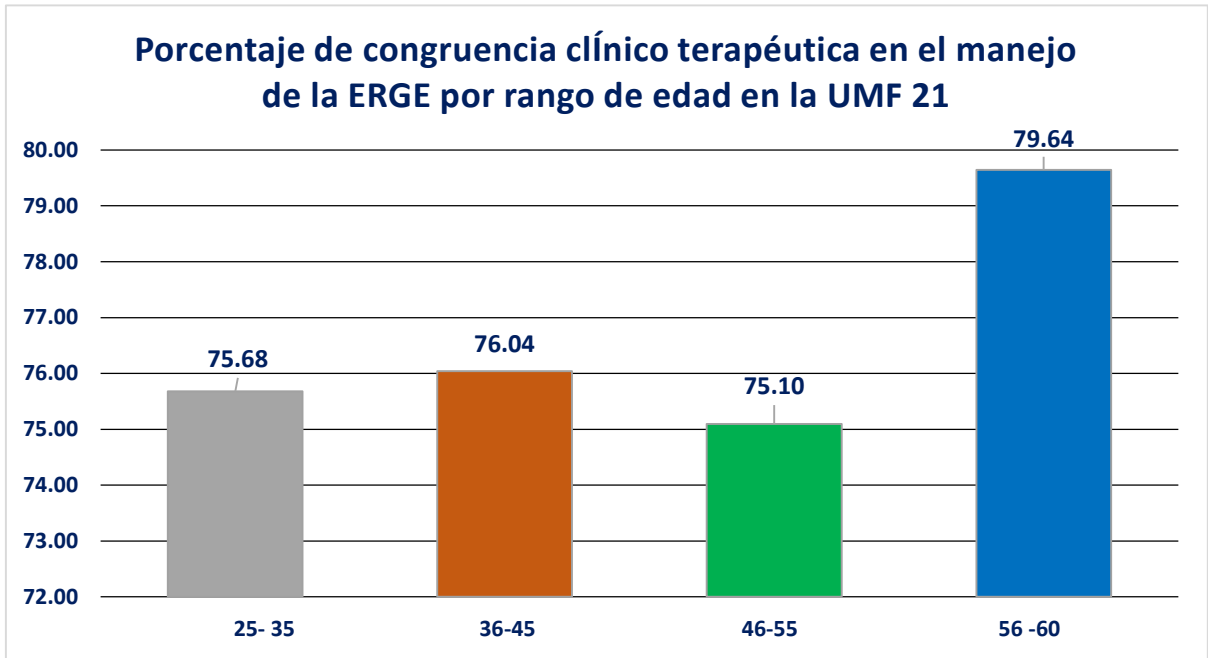
Grafica 2. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE por rango de antigüedad en adultos de la UMF 21.



Fuente: Protocolo de Investigación. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos en la UMF 21

Con respecto a la congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE con base al rango de edad se observó que el rango de 25 a 35 años de edad presentó una congruencia de 75.38 %, el rango de 36 a 45 años presentó una congruencia del 76.04%, el rango de 46 a 55 años presentó una congruencia de 75.10% y el rango de 56 a 60 años presentó una congruencia de 79.64 %. Ver Grafica 3.

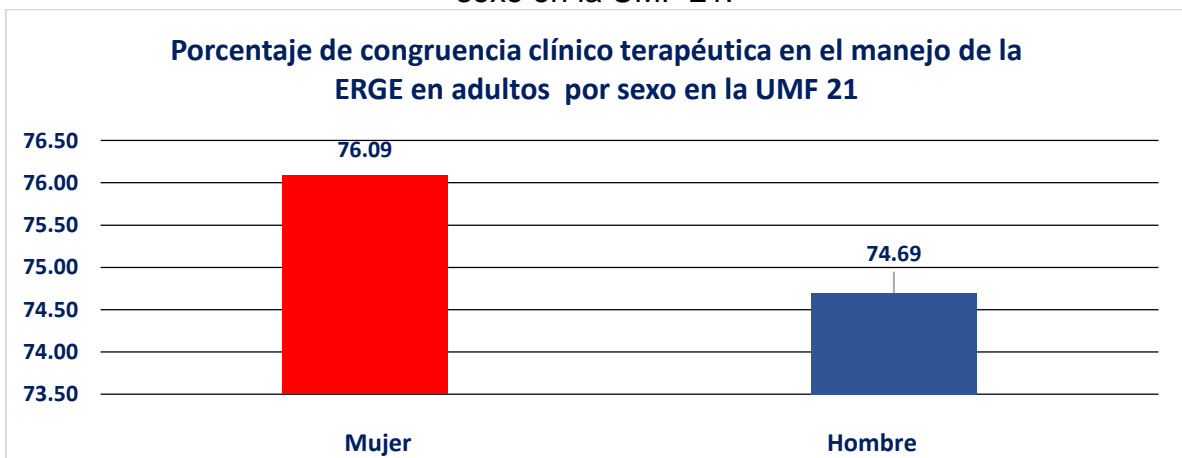
Grafica 3. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE por rango de edad en adultos de la UMF 21.



Fuente: Protocolo de Investigación. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos en la UMF 21

Con base en el sexo se encontró una congruencia clínico terapéutica para las mujeres de 76.09 % y para los hombres de 74.69%. Ver grafica 4

Grafica 4. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos por sexo en la UMF 21.

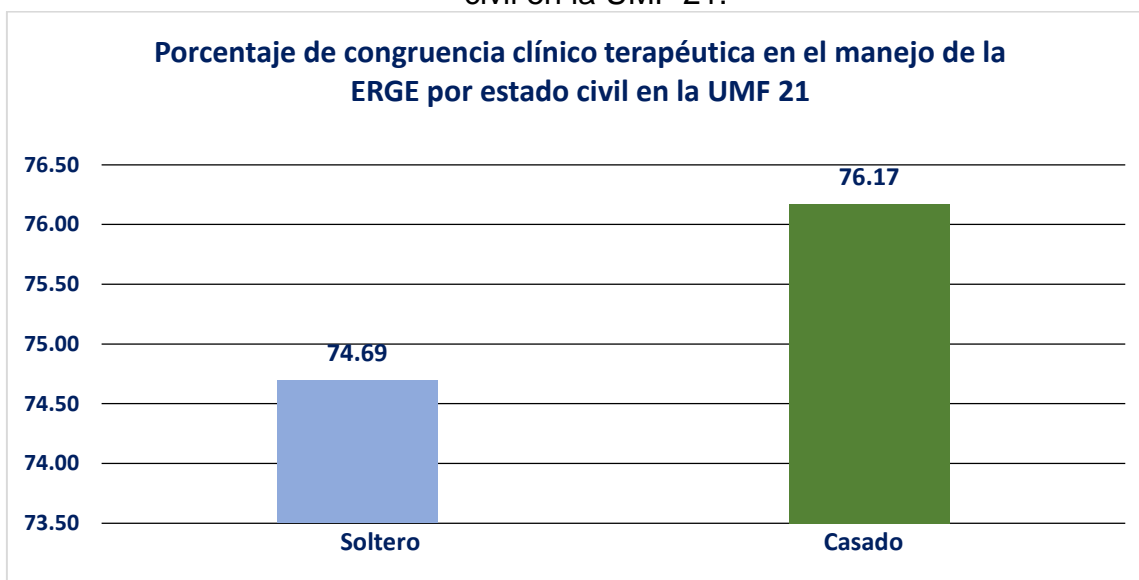


Fuente: Protocolo de Investigación. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos en la UMF 21

Con respecto a la congruencia clínico terapéutica por estado civil se encontró que los solteros presentan una congruencia clínico terapéutica de 74.69 %, y los

casados presentaron una congruencia clínico terapéutica de 76.17%. Ver Grafica 5.

Grafica 5. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE por estado civil en la UMF 21.



Fuente: Protocolo de Investigación. Congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en adultos en la UMF 21

XX. DISCUSIÓN

Los síntomas persistentes de la ERGE generan un alto impacto en la calidad de vida de quienes la padecen llegando a complicaciones severas sino se instaure un tratamiento efectivo a tiempo. Hasta el momento se desconoce la prevalencia nacional y local de la ERGE, se cuenta con estimaciones realizadas considerando la presencia de síntomas típicos, por lo que se considera importante su identificación, atención y registro. Esta investigación busca identificar el porcentaje de congruencia clínico terapéutica con base en la identificación de las recomendaciones emitidas en la GCP Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad por reflujo en adultos, al conocer este porcentaje se podrá planear acciones para fortalecer el conocimiento, identificación, atención y registro de dicha enfermedad lo que impactará a los pacientes en su calidad de vida, a los médicos en el enriquecimiento de su conocimiento para brindar una atención de eficiencia, y a la institución con el uso razonado de los recursos y con la generación de una base de datos completa y

confiable para la estimación de la prevalencia de la enfermedad a nivel local y así aportar un registro para el cálculo de la prevalencia nacional.

Se considera importante valorar la consulta e implementación de la recomendaciones emitidas en la Guía de práctica clínica, para identificar oportunidades de mejora y fortalezas en el ejercicio médico, en el artículo de Ruiz-García *et al.*, sobre la Valoración de la Implementación en la Atención Primaria de la GPC ERGE, refiere que a pesar de la variabilidad en el acceso a pruebas diagnósticas y alternativas terapéuticas existe un alto nivel de adecuación del manejo con unificación de criterios, en nuestro estudio observamos que la congruencia fue mayor al 50 por ciento.

De acuerdo a Villadozola cortes en nuestro estudio se identifico que las mujeres expresan mayor congruencia en el manejo de la ERGE, mientras que el grupo de estado civil difiere respecto a los hallazgos de la misma ya que los encuestados en estado civil casado presentan mayor congruencia lo que sugiere que en nuestro estudio este grupo cuenta con interés por revisión de actualización, mientras que la congruencia en el manejo de la ERGE en el rango de antigüedad de 0 a 10 años se identificó que presenta la mayor congruencia (76.38%) mientras que el grupo de 11 a 20 años y el de 21 a 30 años de antigüedad presento menor congruencia (95%) esto sugiere que probablemente en comparación con el grupo estudiado por Villadozola cortes, esta población cuenta con mayor afinidad por la búsqueda de información actualizada mediante diferentes herramientas pero sin lograr la meta que es el dominio del conocimiento por lo que tal vez las herramientas utilizadas no sean de fácil comprensión o utilización. Se encontró también que en el rango de edad de edad de 56 a 60 años está la mayor congruencia en el manejo de la ERGE lo que se debe reconocer como una fortaleza ya que la experiencia también juega un importante papel en la toma de decisiones, por lo que se debe reforzar el conocimiento con recomendaciones emitidas por expertos como lo que se encuentra en la GPC de la ERGE.

XXI. CONCLUSIONES

- La congruencia Clínico terapéutica en el manejo de la ERGE en la UMF fue del 75.9 %.
- La congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE fue mayor en el grupo de 0 a 10 años de antigüedad.
- La congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE fue mayor en el sexo mujer
- La congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE fue mayor en el rango de edad de 56 años y más.
- La congruencia clínico terapéutica en el manejo de la ERGE fue mayor en el estado civil casado

XXII. BIBLIOGRAFÍA

1. Galli A, Soler C, Flichtentrei D, Mastandueno R. Estrategias de educación médica continua. *Fem* [Internet]. 2015 Aug [cited 2019 Jan 14];18(4):247–51. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322015000500005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
2. Velázquez-Carmona J. ¿Porqué de la actualización médica? *Gac Med Mex*. 2004;140(SUPPL. 1):77–80.
3. Fajardo Dolci G, Santacruz Varela J, Lavallo Montalvo C. La formación de médicos especialistas en México. Primera. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, editor. México: CONACYT; 2015. 253 p.
4. Huerta-Iga F, Bielsa-Fernández MV, Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Tamayo-de la Cuesta JL. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: recommendations of the Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Rev Gastroenterol México (English Ed)* [Internet]. 2016;81(4):208–22. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2255534X16300482>
5. Khan Z, Alastal Y, Khan MA, Khan MS, Khalil B, Shrestha S, et al. On-Demand Therapy with Proton Pump Inhibitors for Maintenance Treatment of Nonerosive Reflux Disease or Mild Erosive Esophagitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterol Res Pract* [Internet]. 2018 Aug 12 [cited 2019 Jan 14];2018:1–10. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/grp/2018/6417526/>
6. Remes-Troche JM. Síntomas Gastrointestinales en México. Estudio SIGAME. Un Estudio de la Epidemiología de los Trastornos Funcionales en México. 2015;(August):215.
7. CENETEC 2018. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por Reflujo gastroesofágico en el adulto. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de Práctica clínica. México, CENETEC; 2018. [cited 2019 Jan 15]
8. Maher B, Faruqi A, Horgan M, Bergin C, Tuathaigh CO, Bennett D. Continuing professional development and Irish hospital doctors: A survey of current use and future needs. *Clin Med J R Coll Physicians London*. 2017;17(4):307–15.
9. Ibáñez SL, Mata MRT, Esperón FJL, Puig EJY, Méndez RU. La formación médica continuada en México. 2002;29(3):178–88.
10. Villadozola Cortes A. Experiencias, actitudes y percepciones de los médicos del Hospital de Pediatría CMN SIGLO XXI “Silvestre Frenk Freund” hacia la educación médica continua tradicional y modalidad distancia. Universidad Nacional Autónoma de México;
11. Labenz J, Chandrasoma PT, Knapp LJ, DeMeester TR. Proposed approach to the challenging management of progressive gastroesophageal reflux disease. *World J Gastrointest Endosc* [Internet]. 2018 Sep 16 [cited 2019 Jan 14];10(9):175–83. Available from: <http://www.wjgnet.com/1948-5190/full/v10/i9/175.htm>
12. Huerta-Iga FM, Tamayo-de la Cuesta JL, Noble-Lugo A, Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Carmona-Sánchez RI. Consenso mexicano de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Parte I. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 2012 Oct [cited 2019 Jan 14];77(4):193–213. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090612001322>

13. Singh P, Bhimji SS. Antacids [Internet]. Stat Pearls. StatPearls Publishing; 2018 [cited 2019 Jan 14]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30252305>
14. Valdovinos-Díaz MA. Tratamiento médico y no farmacológico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2019 Jan 14]; 77:7–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090612000444>
15. Roman S, Mion F. Refractory GERD, beyond proton pump inhibitors. *Curr Opin Pharmacol* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 Jan 14]; 43:99–103. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30240968>
16. Yukselen A, Celtik C. Food allergy in children with refractory gastroesophageal reflux disease. *Pediatr Int* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2019 Jan 14];58(4):254–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/ped.12779>
17. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Lifestyle related risk factors in the aetiology of gastro-oesophageal reflux. *Gut* [Internet]. 2004 Dec 1 [cited 2019 Jan 14];53(12):1730–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15542505>
18. El-Serag HB, Satia JA, Rabeneck L. Dietary intake and the risk of gastro-oesophageal reflux disease: a cross sectional study in volunteers. *Gut* [Internet]. 2005 Jan 1 [cited 2019 Jan 14];54(1):11–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15591498>
19. Morozov S, Isakov V, Konovalova M. Fiber-enriched diet helps to control symptoms and improves esophageal motility in patients with non-erosive gastroesophageal reflux disease. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2018 Jun 7 [cited 2019 Jan 14]; 24(21):2291–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29881238>
20. Meng L, Chen S, Chen JDZ, Jin H, Lu B. Effects of Transcutaneous Electrical Acustimulation on Refractory Gastroesophageal Reflux Disease. *Evidence-Based Complement Altern Med* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 14]; 2016:1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27648103>
21. Bytzer P, Jones R, Vakil N, Junghard O, Lind T, Wernersson B, et al. Limited Ability of the Proton-Pump Inhibitor Test to Identify Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2012 Dec [cited 2019 Jan 14];10(12):1360–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22813439>
22. Mezerville Cantillo L de, Cabas Sánchez J, Contreras F, Castellanos García LF, Dondis JEC, Galdámez J, et al. [Practice guideline of the Centroamerican and Caribbean Association of Gastroenterology and Gastrointestinal Endoscopy for the management of gastroesophageal reflux disease]. *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2014 Jun [cited 2019 Jan 14]; 44(2):138–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25199309>
23. Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for health-related research involving humans [Internet]. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas; 2017 [cited 2019 Jan 14]. 122 p. Available from: <https://www.scribd.com/document/382489288/CIOMS-EthicalGuideline-SP-INTERIOR-FINAL-pdf>
24. Susser M. Conceptos y estrategias en epidemiología : el pensamiento causal en las ciencias de la salud [Internet]. Fondo de Cultura Económica, Secretaría de Salud;

- 1991 178 p. Available from:
<https://www.elfondoonline.com/Detalle.aspx?ctit=048017R>
25. Navarrete-Navarro S. La investigación sobre calidad de la atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Estudio bibliométrico. *Salud Pública Mex* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 14];55(6):564–71. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000005
 26. SW F. Continuing Education in the Health Professions: Improving Healthcare Through Lifelong Learning. *J Contin Educ Nurs* [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2019 Jan 14]; 39(3):112–8. Available from: <https://www.healio.com/nursing/journals/jcen/2008-3-39-3/%7B4132096e-f3cb-446d-8cdd-eee459dd1b44%7D/continuing-education-in-the-health-professions-improving-healthcare-through-lifelong-learning>
 27. Zerón-Gutiérrez LE, Lifshitz A, Abreu-Hernández LF. Diferenciación profesional de la práctica médica Un modelo del proceso de cambio. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2012;50(6):645–50.
 28. Fajardo Dolci G, Casares Queralt S. Capítulo 10 Formación, educación continua y capacitación. Una tarea de todos para todos. In: *Educación en salud.* 2013.
 29. Fuchs KH, Babic B, Breithaupt W, Dallemagne B, Fingerhut A, Furnee E, et al. EAES recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease. *Surg Endosc* [Internet]. 2014 Jun 2 [cited 2019 Jan 15]; 28(6):1753–73. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00464-014-3431-z>
 30. (UK) ICGT. Dyspepsia and Gastro-Oesophageal Reflux Disease [Internet]. Dyspepsia and Gastro-Oesophageal Reflux Disease: Investigation and Management of Dyspepsia, Symptoms Suggestive of Gastro-Oesophageal Reflux Disease, or Both. National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014 [cited 2019 Jan 15]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25340236>
 31. Instituto nacional de estadística y Geografía. *Revista Hombres y Mujeres* 2017. Cap. 6. Educación. Pág. 104-111 [cited 2019 Jan 15]
 32. Lippmann QK, Crockett SD, Dellon ES, Shaheen NJ. Quality of life in GERD and Barrett’s esophagus is related to gender and manifestation of disease. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:2695-703. [cited 2019 Jan 15]
 33. Rubenstein JH, Taylor JB. Meta-analysis: the association of oesophageal adenocarcinoma with symptoms of gastro-oesophageal reflux. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32:1222-7. [cited 2019 Jan 15]
 34. Hershovici T, Fass R. Nonerosive Reflux Disease (NERD) - An Update. *J Neurogastroenterol Motil* 2010; 16:8-21. [cited 2019 Jan 15]
 35. Santa María M, Jaramillo M, Otero Regino W, et al. Validación del cuestionario de reflujo gastroesofágico “GERDQ” en una población colombiana. *Rev Col Gastroenterol.* 2013; 28(3):199-206.
 36. Savarino.E, De Bortoli.N. The Natural history of gastro- esophageal reflux disease: a comprehensive review. *Reviwe article. Diseases of the esophagus. The International Society for Diseases of the Esophagus.*2016. 1-9. [cited 2019 Jan 15].
 37. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2014; 63:871–80.

38. Lodato F, Azzaroli F, Turco L, Mazzella N, Buonfiglioli F, Zoli M, Mazzella G. Adverse effects of proton pump inhibitors. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24: 193-201.
39. Bavishi C, Dupont HL. Systematic review: the use of proton pump inhibitors and increased susceptibility to enteric infection. *Aliment Pharmacol Ther* 2011; 34: 1269-1281.
40. N. Vakil, S.V. van Zanten, P. Kahrilas, *et al.* The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*, 101 (2006), pp. 1900-1920

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION SUR
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR #21
 "FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"

INSTRUMENTO PARA CAPTURA DE DATOS

" CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO

EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN ADULTOS DE LA UMF 21"

*Dra. Alyne Mendo Reygadas * Dr. Rodolfo Varela Almanza Dra. Anahí Pérez Meza**

* Asesor, Especialista en Medicina Familiar, Profesor Adjunto del curso de especialización en Medicina Familiar Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 21 "Francisco del Paso y Troncoso"

** Residente del segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 21, "Francisco del paso y Troncoso"

INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO

| Antigüedad Operativa | | Edad | | | | | SEXO | | ESTADO CIVIL | | AÑOS DE EGRESO DE LA ESPECIALIDAD | | | TURNO | | |
|----------------------|---------|---------|----|---------|---------|------|------|---|--------------|--------|-----------------------------------|---------|-----------|-------|---|----|
| 0 a 10 | 11 a 20 | 21 a 30 | 35 | 36 - 45 | 46 - 55 | 56 + | M | F | SOLTERO | CASADO | DE 0 A 10 | 11 a 20 | Mas de 20 | M | V | JA |

INSTRUCCIONES: SELECCIONE CON UNA "X" LA OPCIÓN DESEADA

1.- ¿Cuáles son los síntomas típicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

A) PIROSIS Y REGURGITACIONES

B) ESOFAGITIS Y TOS POR REFLUJO

2.- ¿Cuáles son los síntomas atípicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

A) PIROSIS Y REGURGITACIONES

B) ESOFAGITIS Y TOS POR REFLUJO

3.- ¿Cuánto tiempo debe durar la prueba terapéutica?

A) 4 SEMANAS

B) 2 SEMANAS

4.- ¿Cuándo se considera positiva la prueba terapéutica?

A) Mejoría de los síntomas > 50%

B) Mejoría de los síntomas <50%



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Médicos familiares adscritos a la UMF 21)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **“CONGRUENCIA CLINICO TERAPEUTICA EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ADULTOS DE LA UMF No. 21”**

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Ciudad de México 2019.

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio: El investigador me ha informado sobre la importancia de conocer el porcentaje de Médicos Familiares que aplican y conocen las actualizaciones en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico lo cual refleja en sus respuestas su congruencia clínica terapéutica.

Procedimientos: Estoy enterado que se me aplicará una cedula para identificar el nivel de conocimiento y aplicación de la actualización en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Posibles riesgos y molestias: Por tiempo que demore la aplicación del instrumento de recolección de datos a médicos familiares durante la jornada laboral.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer las recomendaciones emitidas en la nueva actualización de la guía de práctica clínica y optimizar su uso en la consulta mediante su aplicación.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los resultados se presentarán mediante el uso de gráficas, así como su descripción correspondiente y difusión mediante publicación de resultados a los cuales tendrá acceso quien lo solicitee.

Participación o retiro: Sé que mi participación es voluntaria y las opiniones que emita se mantendrán anónimas, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que esto afecte mi ejercicio profesional, ni mi relación laboral con el IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificará de otras formas, en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Debido a que se trata solamente de analizar datos de la cedula que he contestado, entiendo que los beneficios se tendrán para un futuro mediante la difusión de los resultados.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Alyne Mendo Reygadas Médico especialista en Medicina Familiar Mat: 99386975. Unidad de Medicina Familiar No 21. Email: enyla@hotmail.com. Tel: 57 68 60 00

Colaboradores: Rodolfo Varela Almanza. Médico Cirujano, especialista en Medicina Familiar Email: dr.rva@hotmail.com. Tel. 57 68 60 00
Anahí Pérez Meza Médico Residente de Tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar UMF No.21” Francisco del Paso y Troncoso” Email: dra.anahi.p@gmail.com. Tel. 57686000

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Pérez Meza Anahí

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 5.- ¿Cuál es el farmaco de eleccion para la prueba terapeutica? | | | | | | | | | |
| A) Ranitidina | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| B) Omeprazol | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 6.- Señale las principales recomendaciones para el tratamiento NO farmacologico de la enfermedad por reflujo gastroesofagico | | | | | | | | | |
| A) Disminucion de peso, abandono de tabaco y alcohol, evitar alimentos 2 hrs antes de acostarse. | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| B) Evitar alimentos condimentados y frutas citricas, evitar café y refresco | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿Cuál es el farmaco de primera eleccion en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofagico? | | | | | | | | | |
| A) IBP | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| B) Antagonista Receptor H2 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> | |
| 8.- Respecto a la seguridad a largo plazo sobre el uso de los IBP, señale el enunciado correcto | | | | | | | | | |
| A) El uso cronico de IBP en mayores de 65 años es un factor de riesgo para infeccion por Clostridium difficile | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| B) El uso de IBP concomitante con clopidogrel incrementa riesgo de eventos cardiovasculares | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 9.- ¿Cuáles son los esquemas de tratamiento que pueden emplearse en caso de recaída? | | | | | | | | | |
| A) Continuo, a demanda e intermitente | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| B) No utilizar y referir en caso de recaída | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| 10.- Señale las principales causas de referencia a segundo nivel | | | | | | | | | |
| A) Sintomas atipicos de enfermedad por reflujo y ERGE refractaria a Tratamiento | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |
| B) Recaída y mas de 6 meses con uso de IBP | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> |



Cronograma de Actividades
**“CONGRUENCIA CLÍNICO TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DE
 LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN
 ADULTOS DE LA UMF No. 21”**

**Dra. Anahí Pérez Meza

*Dra. Alyne Mendo Reygadas*Dr. Rodolfo Varela Almanza

* Asesor, Especialista en Medicina Familiar y Profesor Adjunto del Curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 21 “Francisco del Paso y Troncoso”

**Residente del segundo año del curso de especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 21, “Francisco del Paso y Troncoso”

| Actividades | Dic 2018 | Ene 2019 | Feb 2019 | Mar 2019 | Abril 2019 | Mayo 2019 | Junio 2019 | Julio 2019 | Agosto 2019 | Sep 2019 | Oct / Dic 2019 |
|--|----------|----------|----------|----------|------------|-----------|------------|------------|-------------|----------|----------------|
| Recopilación de información | | | | | | | | | | | |
| Delimitación del tema de investigación. | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Marco Teórico, justificación, planteamiento del problema, pregunta de investigación, objetivos, hipótesis, variables. | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de Cedula de recolección de datos | | | | | | | | | | | |
| Presentación de Protocolo a SIRELCIS y espera de la autorización del comité local de la Unidad de Medicina Familiar No 21 | | | | | | | | | | | |
| Aplicar consentimiento informado y cuestionarios. | | | | | | | | | | | |
| Vaciado de datos obtenidos en encuestas | | | | | | | | | | | |
| Elaboración y análisis de gráficas | | | | | | | | | | | |
| Discusión, conclusiones y sugerencias. | | | | | | | | | | | |

Actividades Realizadas



Actividades a realizar