

108

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA**  
**Y OBSTETRICIA**

**LA ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO (ERGE) . UN ENFOQUE DE  
ENFERMERIA PARA SU DIAGNÓSTICO Y  
PREVENCIÓN EN ADULTOS**

**TESIS: QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTA :**

**MARÍA DOLORES PALMEIRO RODRÍGUEZ**

**Nº de cuenta : 097613361**

**ASESORA:**

**LIC. TERESA SÁNCHEZ ESTRADA**

**MÉXICO D.F. 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2000**

286981



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

## Agradecimientos

A la Lic. Teresa Sánchez Estrada y a la Dra. Antonieta Larios Saldaña por su valiosa orientación y dirección, al igual que su esfuerzo por transmitir los conocimientos necesarios para la elaboración de la presente tesis.

A todo el personal que forma parte del laboratorio de motilidad gastrointestinal del Hospital Español por darme la facilidad de poder realizar mi investigación, proporcionarme información y ayudarme con sus experiencias y conocimientos .

A la Dra. Ana Laura por su comprensión, su apoyo profesional y por ser una excelente profesionista y compañera.

A mis compañeras de la licenciatura, en especial a Mónica Romano, Julieta y Maricela con las que compartí muchos momentos en los que me ayudaron y animaron a concluir una etapa más de mi formación como enfermera. Les agradezco su amistad y compañerismo.

A los profesores, por su dedicación y experiencia académica al transmitir sus conocimientos y fomentar el nivel superior de enfermería con el fin de proporcionar un excelente nivel de atención y calidad .

## **Dedicatorias**

A mi mamá con admiración y cariño, por su apoyo incondicional en los momentos decisivos de mi vida, por haber confiado siempre en mi y por haberme enseñado a luchar y ayudarme a entender que todo esfuerzo nunca es en vano.

A mi padre que aunque hace mucho que no está presente sé que hubiera reconocido todo el esfuerzo que durante las diferentes etapas de mi vida he hecho para llegar a este momento. Sé que de alguna forma siempre has estado conmigo.

A mi hermano por entenderme y respetarme todas las decisiones que he hecho a lo largo de mi vida.

A mi tía Tere por el apoyo que siempre me ha proporcionado a lo largo de mi vida personal y profesional, por enseñarme a ser perseverante y agradecida con la vida.

A toda mi familia por formar parte de mi vida, en particular a mi tía Guadalupe y Adelina.

A mi amiga y excelente compañera Armida por su hospitalidad, su cariño, sus enseñanzas y su apoyo incondicional.

A mis amigos en México, en especial a Octavio, Benjamín y Gabriela Said por su apoyo y por animarme en los momentos difíciles

A Paco, Pere, Albert, Lourdes, Cecilia, Rosa, etc. Porque gracias a ellos estoy en México; por haber compartido con ellos tantas experiencias importantes para mi formación como persona y como profesional de la salud, por todas las cosas buenas que aprendí de vosotros las cuales me han servido para ayudar a otras personas.

# ÍNDICE

	<b>páginas</b>
<b>Introducción</b>	<b>1</b>
Fundamentación teórica del fenómeno de estudio	3
<b>Valoración de enfermería de ERGE</b>	<b>3</b>
Definiciones conceptuales relacionadas con ERGE	19
<b>Valoración diferencial de ERGE</b>	<b>22</b>
Factores de riesgo	24
<b>Delimitación del fenómeno de estudio</b>	<b>26</b>
Objetivos de investigación	29
<b>Determinación de variables de estudio</b>	<b>29</b>
Diseño de la investigación	30
<b>Cuadros y gráficas</b>	<b>32</b>
Discusión	47
<b>Conclusiones</b>	<b>50</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>51</b>

## Anexos:

Propuesta de: intervenciones según valoración y diagnóstico de enfermería en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).

Protocolo de intervención

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad constituye uno de los acontecimientos vitales de mayor trascendencia para los individuos. Desde la más remota antigüedad las sociedades han tratado de interpretar su origen y su significado, han ofrecido pautas de actuación frente a ella y han tratado de oponerse a su curso natural.

En todas las culturas existen sistemas cerrados de pensamiento que tiene la función de explicar problemas fisiológicos, religiosos, políticos, psicológicos, etc. Son cadenas de razonamiento que explican de forma secuencial la totalidad de los acontecimientos relacionados con hechos inexplicables o desconocidos y son impermeables a la crítica porque el patrón cultural dominante ha rechazado previamente cualquier argumentación contraria. Para poder estudiar determinada enfermedad como integrantes del equipo de salud debemos tener en cuenta una perspectiva sociocultural, la enfermedad debe entenderse como un proceso que sucede necesariamente en un contexto que ejerce una poderosa influencia sobre cualquiera de sus componentes.

Esta investigación pretende abordar el reflujo gastroesofágico ya afecta en un 95 % a la población mundial, presentando en mayor o menor grado alguno de los síntomas característicos .

Hoy día contamos con alta tecnología para detectar todos estos tipos de alteraciones fisiopatológicas que de otra forma nos serían imposibles de detectar, y enfermería no debe quedarse atrás en estos tipos de avances en los cuales debe tener los conocimientos de manejo y diagnóstico, para así proporcionar al paciente que requiere de éstos estudios una mejor información, educación y prevención de dicha patología.

Una de las funciones principales de la enfermera es educar en la salud y como señala la UNESCO : La función esencial de la educación es " conferir a todos los seres humanos la libertad de pensamiento, de juicio, sentimientos y de imaginación que necesitan para que sus talentos alcancen la plenitud de seguir siendo artífices en la medida de lo posible ".

La enfermedad por reflujo gastroesofágico la voy a tratar en esta investigación como un problema de Salud pública en donde educación, diagnóstico y prevención, son áreas en las que la enfermera tiene un papel esencial ya que depende del buen manejo del paciente la calidad de vida que va tener la persona. Ahora bien la tecnología también nos proporciona mecanismos diagnósticos en los cuales la enfermera participa como miembro del equipo de salud en el que la preparación, educación relación enfermera-paciente, la ética, y el buen procedimiento diagnóstico van a determinar la buena resolución del problema; con la experiencia que me ha dado el servicio de Motilidad Gastrointestinal he podido detectar cuales son las causas que condicionan al ERGE como un problema de salud pública en el cual enfermería jugaría un papel muy importante en un servicio de consulta externa de gastroenterología al igual que en una unidad de diagnóstico como es el laboratorio de motilidad.

Los métodos para evaluar la función esofágica han avanzado en forma substancial en la última década.

Existen nuevos equipos de medición más versátiles y fáciles de manejar. El uso de computadoras y programas permiten efectuar mejores análisis haciendo que estos procesos sean más eficientes.

Las pruebas esofágicas son importantes como herramientas para el diagnóstico de una serie de pacientes en donde la naturaleza de su patología no se ha podido determinar por su clínica y estudios de gabinete. Como cualquier prueba de laboratorio o de gabinete, el laboratorio de Motilidad Gastrointestinal debe ser usado de forma juiciosa para obtener la información que ayude a efectuar el diagnóstico adecuado y evaluar el tratamiento; a través de las causas investigadas y la información que analicé en esta investigación, pude percatarme que enfermería tiene un gran trabajo en detección y educación ante las personas con sintomatología de ERGE o con la ERGE y de estudiar la manera de su prevención en una enfermedad que cada vez más personas la padecen y que pueden tener consecuencias fatales si no se detecta diagnóstica y trata adecuadamente.

## 1. Fundamentación teórica del fenómeno de estudio

### 1.1 Antecedentes

La peristalsis fallida fue más frecuente en esofagitis con o sin hernia hiatal. La hernia hiatal sin esofagitis no fue asociada con peristalsis deteriorada. Finalmente la peristalsis inefectiva puede jugar un papel importante en la esofagitis; pero no está claro si la esofagitis conduce a disfunción peristáltica o si estos desórdenes predisponen al desarrollo de reflujo. Se estudiaron 89 pacientes: 29% pacientes con Hernia H.; 37% con hernia + esofagitis; 23% esofagitis.

Ondas: Simultáneas, múltiplo; no transmitidas; >30mmHg en esófago proximal.<sup>1</sup>

La presión en la bolsa, durante el estudio fue de  $10.7 \pm 1.4$  mmHg. Durante la distensión gástrica isobárica continua la frecuencia de relajaciones transitorias disminuyeron con el tiempo mientras que el tono gástrico proximal y la presión del EEI permanecieron constantes. El disparo de las relajaciones transitorias del EEI por la distensión gástrica está sujeto a la adaptación con el tiempo sugiriendo que las condiciones experimentales secuenciales no deben de ser probadas en el mismo día del estudio utilizando este tipo de estímulo para las relajaciones transitorias del EEI.

Se estudiaron 7 pacientes, 2 hombres, de edades 23-32 años con capilares que registran presiones en faringe, cuerpo esofágico, el EEI, estómago y un catéter colocado en estómago proximal y conectado al barostato eléctrico.<sup>2</sup>

La evolución de la relajación del EEI es la porción más difícil del estudio de motilidad esofágica.

---

<sup>1</sup> Rosar Cuomo, Giovanni Samelli, Maria Alfieri, Gabriele Budilón " Desórdenes no específicos de motilidad esofágica en Hernia Hiatal y enfermedad por reflujo gastroesofágico" AGA Abstrac Gastroenterology Vol.116, Nº4 1999.

<sup>2</sup> IRCCS Hosp. Maggiore: Alocca, Mangano, Bianchi, Penogini. "frecuencia de las relajaciones transitorias del EEI durante la distensión gástrica prolongada" Mila Italia AGA 1999

Los valores normales basados en los criterios de medidas más reproducibles fueron: duración de la relajación medida del pico de registro faríngeo traza hacia arriba de la contracción post relajación: 84 seg. ; la presión residual medida en el EEI al tiempo de trazo hacia arriba de la onda peristáltica, registrada en el canal 5 arriba del EEI; el tiempo para alcanzar la presión residual mínima medida desde la instalación de la relajación fue: 5.7seg. La tasa de toda la región fue 0.8.

Los 3 métodos de análisis de la relajación del EEI más confiables y reproducibles han sido validados y el rango de valores normales definidos en una amplia serie de voluntarios.<sup>3</sup>

El reflujo gastroesofágico proximal (RGEP) se ha supuesto que determina síntomas atípicos de ERGE. El papel de la relajación transitoria del EEI es bien conocido en la instalación de reflujo proximal pero se mantiene incierto en la patogénesis.

La relajación transitoria del EEI probablemente tiene un papel menor en la patogénesis de reflujo proximal. Estos datos parecen dejar fuera una relación directa entre la relajación transitoria del EEI y los aspectos clínicos atípicos de ERGE.<sup>4</sup>

Se ha reportado recientemente que el reflujo ácido GE sólo ocurre como resultado de las relajaciones del EEI que son >5seg. De duración. El reflujo GE ocurrió en 182 ocasiones; 52 episodios de reflujo (29%) ocurrieron durante las relajaciones del EEI de corta correlación duración < 5seg. ; 130 (71%) en las relajaciones,  $\geq$  5 seg. ; el tiempo de exposición no fue significativamente más largo. No hubo correlación significativa entre la duración de las relajaciones del esfínter y la duración de la exposición al ácido de 16.7 min. La mayoría de episodios de reflujo con 71% ocurrieron durante las relajaciones  $\geq$ 5seg. Aunque las relajaciones de corta duración resultaron en una exposición al ácido clínicamente significativa.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> DeMeester 1 cols, Univ. del Sur de California, Los Ángeles "Relajación del esfínter esofágico inferior. Un método estandarizado de análisis." AGA 1999 (G.4196) Gastroenterology Vol.116, Nº4.

<sup>4</sup> Grossi, Ciccaglione, Capello, Malatesta, Ferri, Marzio, Univ. Annunzio Pescara, Italia "Relajaciones transitorias del EEI y Reflujo gastroesofágico proximal." AGA 1999

<sup>5</sup> Allen, Dimarino, Jefferson Med Coll. Philadelphia, P.A. "Relajaciones del EEI de corta duración resultan en el reflujo de ácido gastroesofágico (GE) clínicamente significativo" AGA 1999

Se confirmó que el esófago sano presenta diferencias en la biomecánica y sensación entre las porciones del músculo estriado y liso. Además encontramos que la edad influye profundamente en la sensación esofágica y biomecánica. El esófago fue más largo, rígido y menos sensible en anciano en ambos niveles, interesantemente, no hubo diferencias de estas propiedades en cuanto a sexo. Se estudiaron 11 sujetos de 45 a 55 años.<sup>6</sup>

Los síntomas que parecen ser específicos para ERGE son eructos (pirosis); regurgitación. La combinación de estos síntomas y la esofagitis endoscópica son altamente específicos con un 97% por ERGE. Las conclusiones de este trabajo son las siguientes:

- a. Un examen endoscópico normal no excluye el reflujo y tampoco sugiere a una variante de ERGE de fácil control.
- b. La prueba de pH ambulatorio confirma el exceso de ácido clorhídrico y asocia los síntomas en pacientes con un tiempo de contacto ácido normal.
- c. Pruebas terapéuticas de IBP pueden apoyar a estos pacientes con un tiempo de contacto ácido normal.
- d. Pruebas terapéuticas de IBP pueden apoyar a estos pacientes con ERGE
- e. Las pruebas anteriores confirman el diagnóstico.<sup>7</sup>

Los agentes nocivos responsables de la lesión de la mucosa en pacientes con ERGE son estómago y duodeno. El ácido clorhídrico y pepsina son los contenidos gástricos y los ácidos biliares conjugados y no conjugados con la tripsina son ingredientes duodenales. La literatura sugiere que tanto el ácido y el RDGE en pacientes con RGE y un estómago intacto puede ser importante en la causa de daño a la mucosa esofágica. Basados en datos de la corriente disponible no existe evidencia del daño potencial de RDGE sólo sin reflujo ácido en el esófago humano. La suspensión ácida con IBP pueden reducir tanto el reflujo ácido como el biliar.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Mujica, Univ. De Iowa Hosp. y Clin, Iowa City; Patel, Univ. de California del Sur; Charleston; Rao, Univ. De Iowa. "Efectos de la edad y sexo en las propiedades biomecánicas y sensoriales del esófago" AGA 1999. Gastroenterology vol. 116 nº4.

<sup>7</sup> Kenneth R. Devault, MD, Mayo Clinic, Jacksonville, FL. " Síntomas de reflujo con prueba de pH y endoscopia normal: ¿el esófago es hipersensible?" AGA Postgraduate course, May 15-16, 1999.

<sup>8</sup> Vaizel And Richter " Doble reflujo: Doble preocupación" Gut 1999;44(5): 590-92 (may)

La terapia Qx. es efectiva debido a que regresa a su sitio al EEI dentro del abdomen con un ambiente de presión positiva mejorando su función, las conclusiones de este trabajo fueron las siguientes:

La funduplicación laparoscópica de Nissen es una alternativa excelente a la terapia médica a largo plazo de ERGE. Hay una baja morbilidad y mortalidad. Este procedimiento deberá ser hecho sólo por cirujanos que estén apropiadamente entrenados en procedimientos avanzados mínimamente invasivos.

La manometría esofágica determinará la presión en reposo del EEI. La respuesta del cuerpo esofágico al trago húmedo indicará defecto de la peristalsis del cuerpo.<sup>9</sup>

Inicialmente se creía que la H. Hiatal era el factor principal en ERGE, posteriormente el trabajo de Cohen y Harris sugirió que la hipotonía del esfínter esofágico inferior fue el mayor determinante de ERGE y esofagitis subsecuente.

Los objetivos de este trabajo son establecer las anomalías manométricas en motilidad del cuerpo esofágico y establecer los hallazgos manométricos más frecuentes en pacientes con ERGE y su relación con la sintomatología y se llegaron a las siguientes conclusiones: Un gran % de pacientes presentan alteraciones en la motilidad del cuerpo esofágico, 75% ondas no transmitidas; 38% ondas retrógradas; 22.2% ondas peristálticas, además de encontrar varios factores que pueden predisponer a los pacientes a presentar ERGE.

Pero aún no se concluye si el ERGE predispone alteraciones en motilidad del cuerpo esofágico o si las alteraciones predisponen al reflujo.<sup>10</sup>

Las alteraciones funcionales de la infancia incluyen para una combinación variable de síntomas dependientes de la edad. Algunas alteraciones funcionales pueden acompañar el

---

<sup>9</sup> Ronald A. Hinder, MD, PhD. " Enfermedad por reflujo gastroesofágico: Opciones quirúrgicas, elección de la operación y resultados."

<sup>10</sup> Dr. Suárez Morán, AL, Ortíz Salgado, J, Pérez Manauta, A, Baqueiro Cendón, J, F, Rivera Ramos "Alteraciones en la motilidad del cuerpo esofágico en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico" Endoscopia Vol.10 N°4 1999.

desarrollo normal y pueden dispararse por respuestas de comportamiento de la edad en respuesta a estímulos externos o internos.

La regurgitación, el vómito y la rumiación son ejemplos de ERGE; la prematuridad, el retraso en el desarrollo y alteraciones congénitas de la orofaringe, tórax pulmones, SNC o gastrointestinales son factores de riesgo para RGE. El tratamiento con cereales, alimentos en pequeñas cantidades y medicamentos que mejoren la motilidad gastrointestinal .

Síndrome de la rumiación infantil: Se caracteriza por regurgitación voluntaria y habitual de contenidos gástricos hacia la boca con estimulación propia, los niños pueden presentar desnutrición. Tratamiento: se debe de dirigir a niños y a sus cuidadores; la meta es enseñar el ambiente y dar cuidado confortante al niño y ayudar a la madre en su relación con el niño.

Síndrome de vómito cíclico: Son episodios recurrentes de náusea intensa y vómito que dura horas o días; el diagnóstico aparece a la edad de 2 a 7 años se quejan de migraña, enfermedad motora y otras alteraciones intestinales funcionales; Tratamiento: Los estados emocionales disparan los episodios; el tratamiento diario profiláctico sería ciproheptadina, eritromicina, fenobarbital, pronodol, pueden reducir la frecuencia, también se pueden dar inhibidores de bomba (Na-K ATP asa) y lorazepam como ansiolítico y efectos antieméticos.

Síndrome de Intestino irritable: Frecuencia anormal de evacuaciones, evacuación anormal, pujo, urgencia, paso de moco, distensión. Tratamiento: dieta con fibra, para constipación, ingesta de azúcar y fructosa aquellos con diarrea; factores que afectan: dolor abdominal, disminución de peso, sangrado rectal, fiebre, artritis. Tratamiento: imipramida, anticolinérgicos, dieta alta en fibra.<sup>11</sup>

El objetivo es comparar la peristalsis después de la funduplicatura de Nissen contra el mantenimiento con IBP en pacientes con ERGE.

---

<sup>11</sup> Rasquin -WeberA, Hymán PE, Cucchiaras, Fleisher Dr, Hyams Js, Milla PJ, Stajano A. ROME II "Alteraciones gastrointestinales funcionales de la infancia" A Multinational Consensus document on Functional Gastrointestinal Disorders Gut 1999,45 (Supl II)

Los resultados preliminares sugieren que la funduplicatura de Nissen provee mayor mejoría en la peristalsis que el mantenimiento con IBP a corto plazo. Estudios adicionales en este grupo de pacientes valorará no sólo los beneficios fisiológicos de cirugía VS medicamento de mantenimiento sino también el impacto a largo plazo y el costo relativo de los 2 tratamientos.<sup>12</sup>

La percepción alterada puede desarrollarse por estímulos químicos o mecánicos que ocurren en el tracto gastrointestinal superior e inferior. en vista del importante papel de los eventos de la vida estresantes en la exacerbación de los síntomas en desórdenes funcionales del intestino, las alteraciones en la respuesta del sistema nervioso central al estrés puede tener un papel prominente en el desarrollo y modulación de la hipersensibilidad visceral. La hipersensibilidad visceral ha evolucionado como tema importante en la fisiopatología de los desórdenes G.I incluyendo Síndrome de intestino irritable (SII), dispepsia funcional(DF), dolor torácico no cardíaco y enfermedad por reflujo gastroesofágico negativa (ERGE).<sup>13</sup>

En USA y en Europa cerca del 44% de la población adulta describe síntomas característicos de ERGE y del 10 al 15% requiere tratamiento médico a largo plazo para controlar sus síntomas. No sabemos como cambia la enfermedad de un estadio a otro.

La ERGE es la resultante de un proceso multifactorial donde los factores centrales son el esófago y el estómago. El factor principal es la baja presión y longitud intraabdominal del EEI o frecuentes y transitorios episodios de relajación del EEI, que coinciden con la inadecuada peristalsis esofágica, alteraciones de sensibilidad al ácido de la mucosa esofágica, retardo en el vaciamiento gástrico, etc.

---

<sup>12</sup> Decadt, Hosp. Norfolk & Norwich, Loundes, Hosp. del este de Norwich, Rodees Hosp. Norfolk & Norwich, Norwich, Reino Unido." Estudio prospectivo aleatorizado de funduplicatura de Nissen VS mantenimiento con inhibidor de bomba de protones en enfermedad por reflujo gastroesofágico: Hallazgos manométricos" AGA Gastroenterology Vol. 116 N°4.

<sup>13</sup> Emeran A. Mayer, MD " Anormalidades en la percepción sensorial en desórdenes gastrointestinales funcionales" Gastroenterología al final de milenio (curso precongreso) Veracruz, México.

Hasta hoy no tenemos el tratamiento ideal para esta enfermedad, el tratamiento médico si bien controla pero no erradica. A partir de los trabajos de Bernard Dallemagne en Bélgica el abordaje laparoscópico de la ERGE se consolidó como el estándar de oro, también logro popularizar la solución quirúrgica y permitió ver entre otras cosas las diferencias entre las múltiples técnicas y la falta de consenso.

Hasta hoy tanto el Tx. Médico como el QX. No están libres de inconvenientes o morbimortalidad. La solución lógica sería un enfoque multidisciplinario, entre gastroenterólogos, cirujanos, endoscopistas, fisiólogos y psicólogos donde la meta sería mantener bajo control el mayor número de factores involucrados en su génesis.<sup>14</sup>

Fuentes teóricas: La naturaleza de la ciencia de enfermería se refiere al cuerpo de conocimientos comprobados que se encuentran dentro de una disciplina de la enfermería, estas son los conocimientos de las ciencias biológicas y conductuales. Peplau empleó conocimientos de la ciencia conductual el cual permite a la enfermera iniciar un alejamiento de la orientación a la enfermedad hacia otra orientación que permite estudiar e incorporar el significado psicológico de los conocimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería.

Principales conceptos de la enfermería psicodinámica: Es el ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras persona a identificar cuales son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

#### Papeles de enfermería

♣Papel de extraño: Enfermero y paciente no se conocen, el paciente debe ser tratado con la cortesía normal, el enfermero debe tratar al paciente como si su capacidad emocional fuera normal.

♣Papel como persona a quien recurrir: La enfermera proporciona respuestas específicas a las preguntas, el

---

<sup>14</sup> Dr. Adrián carvajal R. "Cirugía de invasión mínima en la ERGE ¿Cuál es el futuro? Rev. La gastroenterología al final del milenio, curso precongreso Dic.4y5 de 1999.

enfermero/a determina que tipo de respuestas resultan las más apropiadas para un aprendizaje constructivo.

♣Papel docente: Separa la enseñanza en dos categorías; *la instructiva* consiste en dar información y *la experimental* que emplea la experiencia del paciente como base a partir de la cual se desarrolla, los productos del aprendizaje.

♣Papel conductor : Implica el proceso democrático, el enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades.

♣Papel de sustituto: La función del enfermero/a es ayudar al paciente a encontrar similitudes entre el y la persona recordada, ayudar al paciente a ver las diferencias entre su papel y el de la persona recordada, tanto el paciente como el enfermero definen áreas de dependencia, independencia y finalmente interdependencia.

♣Papel de asesoramiento: Se afirma que las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente que es lo que ocurre en la situación actual.

Supuestos principales El aprendizaje de cada paciente, cuando recibe cuidados de enfermería, será distinto según el tipo de persona que sea el enfermero.

Para estimular el desarrollo de la personalidad hacia la madurez, la enfermería emplea principios y métodos para guiar el proceso hacia la resolución de los problemas interpersonales.

Enfermería: Proceso significativo, terapéutico e interpersonal, funciona en cooperación con otros procesos humanos que hacen posible la salud de los individuos en las comunidades.

Práctica Peplau aportó una nueva perspectiva, un nuevo método y un fundamento de base teórica para la práctica de la enfermería y la terapia con los pacientes.<sup>15</sup>

En 1969 la conferencia de la 1ª enfermera teórica, H.E. Peplau propuso la investigación metodológica que debería guiar el desarrollo del conocimiento de enfermería. Dirigió a enfermeras en el desarrollo de la práctica basada en la teoría. Peplau propone tres niveles de proceso que deberían asistir en esta búsqueda. La propuesta de este papel es describir el uso del

---

<sup>15</sup> Hildegard E. Peplau: Enfermería Psicodinámica "Teorías y modelos de enfermería"

proceso de Peplau de practica basada en el desarrollo de las teorías; llegando a tiempo cuando las grandes teorías están siendo desarrolladas y la enfermería teórica fue evaluada altamente. Peplau fue líder en su tiempo proponiendo, investigando que la evolución del desarrollo de la práctica de los conocimientos de enfermería; los cuales se combinan con los métodos cuantitativos y cualitativos. Esta investigación metodológica hoy día se reconoce como una forma de poder guiar el desarrollo del conocimiento en la enfermería psiquiátrica.<sup>16</sup>

La regurgitación diaria es parte de las manifestaciones esperadas en el infante sano. Entre los 2 y 10 meses de edad, aproximadamente el 40% de los infantes normales regurgitan por lo menos una vez al día. La evaluación de estos no revela anormalidades anatómicas, metabólicas, infecciosas o neurológicas y la regurgitación se resuelven espontáneamente en la mayoría de los casos a los 18 meses.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> "La evolución e intervención del uso del proceso de Peplau basado en la práctica del desarrollo de la teoría" J.Psy  
Chiatr.Ment.Health Nurs 1998 Jun; 5(3): 173-8

<sup>17</sup> Aplicaciones pediátricas del monitoreo de pH Carlo Diloranzo, Paul E. Hyman; Gut 1999

## 2. Valoración clínica de Enfermería del ERGE

### Concepto:

Se define como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) el conjunto de síntomas o lesiones en el esófago debidas al paso del contenido del estómago al esófago.

En la última década y de la mano de los modernos métodos de estudio, se ha profundizado enormemente en el mejor conocimiento de la fisiopatología esófago gástrica y por lo tanto del reflujo gastroesofágico. El RGE es realmente una situación francamente frecuente. Se considera que el 7% de la población presenta pirosis diaria, el 14% pirosis semanal y el 15% mensual. Estudios dirigidos a evaluar la frecuencia de RGE demuestra que el 27% de la población toma antiácidos, el 95% tienen todo el cortejo sintomático de reflujo, calculándose que el 55% de estos tienen lesión endoscópica<sup>18</sup>.

Para poder entender la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico no debemos pasar por alto la fisiología esofágica para poder entender porque se producen estos tipos de alteraciones .

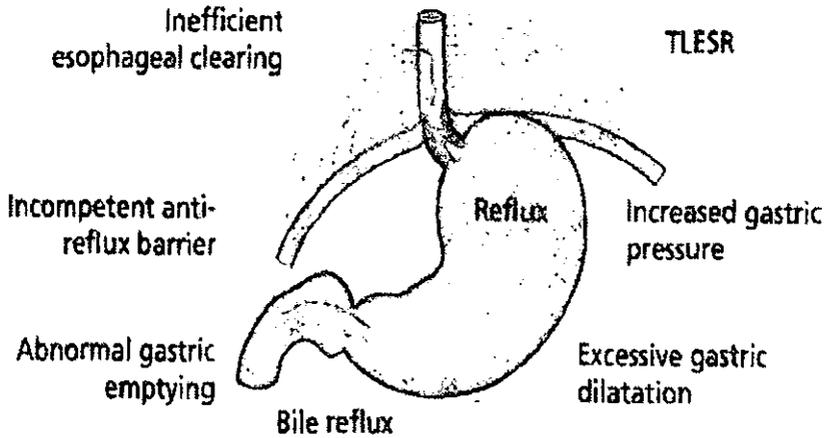
El esófago es un tubo muscular cuya mayor función es el transporte del alimento de la boca al estómago; se encuentra limitado por esfínteres musculares circulares tónicamente contraídos el esfínter esofágico superior (EES) que consiste en un músculo estriado compuesto primariamente del músculo cricofaríngeo pero también por fibras del constrictor inferior de la faringe y por la capa del músculo circular del esófago superior y por otro lado el Esfínter Esofágico Inferior (EEI) al igual que el músculo estriado de la lengua, faringe y porción superior del esófago, es inervado como el músculo esquelético, recibiendo impulsos motores directamente del tallo cerebral a las capas motoras del músculo.

---

<sup>18</sup> Peter J. Kahrilas, MD "Desordenes de la motilidad esofágica" Univ. del noreste Domingo mayo 19, 1996.

El EEI es un músculo liso al igual que el resto del tubo digestivo ; la inervación del EEI proviene del núcleo motor dorsal del tallo cerebral por vía de las fibras eferentes que son llevadas por el vago y hacen sinapsis en el plexo mientérico en la región del EEI. La función neuromuscular del esófago(motilidad), tiene las metas más simples, como mantener vacío su superficie de intrusiones por arriba y por abajo. La pared muscular del esófago está compuesta de una capa circular interna y una capa longitudinal externa, no hay serosa cubriendo las capas musculares.

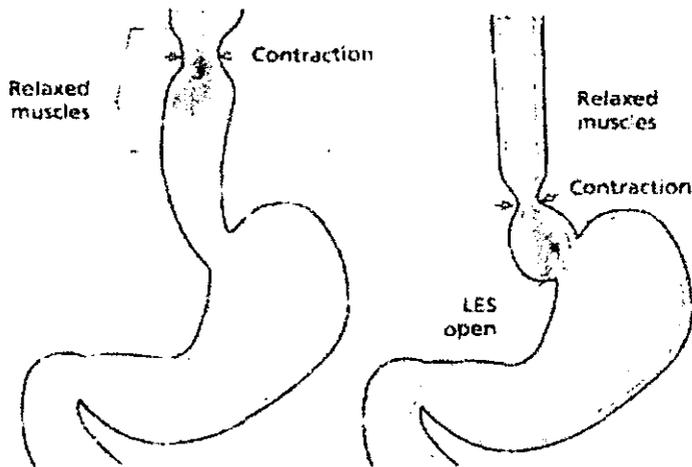
Figura N° 1



Fuente tomada de : Practical Guide to gastrointestinal function testing  
Charlotte Stendal , Foreword by Dr. Eamonn Quigley

El mecanismo de la deglución clásicamente ha sido dividido en tres fases: fase oral que es voluntaria, fase faríngea (involuntaria) y la fase esofágica, que se encuentra estrechamente coordinada en un proceso continuo que es requerido por el centro de deglución de la médula.

Figura N° 2 :



Fuente tomada de : Practical Guide to gastrointestinal function testing ; Charlotte Stendal, Foreword by Dr. Eamonn Quigley.

El proceso activo del transporte del material ingerido de la boca al estómago, requiere de la contracción de las capas musculares longitudinal y circular del esófago tubular y la relajación coordinada de los esfínteres. con el acto de la deglución la capa muscular longitudinal se acorta durante la contracción dado la base estructural para la contracción del músculo circular con forma de onda peristáltica. La contracción del músculo circular puede ser caracterizado en tres patrones distintos( peristalsis primaria, peristalsis secundaria y contracciones terciarias).

La peristalsis esofágica primaria profundiza la aclaración esofágica después de la distensión del contenido faríngeo durante la deglución; la peristalsis secundaria elimina el aire o contenido de reflujo del estómago; El esfínter esofágico superior se contrae durante la inspiración para excluir el aire inspirado del tracto digestivo; elemento de la unión gastro esofágica se contrae con un incremento transitorio de la presión intraabdominal previniendo el reflujo gastroesofágico <sup>19</sup> .

En esta investigación los esfínteres esofágicos juegan un papel importantísimo para determinar las causas que favorecen el reflujo gastroesofágico. La localización del esófago en el tórax, lo pone en una cavidad que tiene presión negativa relativa a la faringe proximalmente y al estómago distalmente , por lo que necesariamente deben existir los esfínteres que mantienen un cierre constante para prevenir el movimiento de aire o alimento al esófago; en ausencia de un EES tónicamente contraído, el aire entraría rápidamente al esófago durante la inspiración y en presencia de un EEI débil, el contenido gástrico, refluye en el esófago distal , particularmente en la posición de decúbito

El EEI mantiene dos importantes funciones fisiológicas, el primero es la prevención del reflujo gastroesofágico y el segundo es su capacidad para relajarse con la deglución permitiendo el movimiento del material ingerido al estómago. Es importante comprender el concepto de presión del EEI, las presiones medidas en largos periodos de tiempo varían considerablemente, aún de minuto a minuto, siendo esto debido a varios factores que modulan la presión, incluyendo el alimento ingerido y otros eventos como el tabaquismo y la distensión gástrica. El esfínter normal responde también a varios cambios en la presión intraabdominal, con aumento de la presión del esfínter como mecanismo protector para evitar el reflujo gastroesofágico. Además varias hormonas y otras sustancias pépticas afectan la presión del EEI así como neurotransmisores y agentes farmacológicos.

---

<sup>19</sup> Piter J. Kahrilas, MD "Desordenes de la motilidad esofágica " Univ. del noreste, Domingo Mayo 19,1996

Está claro que la etiología del RGE es multifactorial, la mayoría de los factores asociados con la patogénesis de la ERGE son conocidos, ciertamente la complejidad del EEI tiene un factor primario en la prevención del RGE. Cuando la presión del esfínter es inherentemente bajo o una relajación inapropiada, este es el mayor determinante para el RGE, obviamente las anomalías de la peristalsis y la débil resistencia de los tejidos, también juegan un papel en el prolongado contacto con el reflujo material en el esófago.

Los interesantes estudios sobre el bicarbonato de la saliva y la resistencia de los tejidos del esófago nos hace entender la importancia que tiene el aclaramiento esofágico <sup>20</sup>. El número de contracciones esofágicas requeridas para aclarar el ácido del esófago en un episodio de reflujo es notablemente constante y no está relacionado con la severidad de la enfermedad por RGE <sup>21</sup>.

A la fecha la controversia en la literatura respecto a los agentes responsables del daño esofágico gira alrededor de la relativa importancia del reflujo ácido pepsina Vs ERGE. Estudios con humanos han demostrado una correlación positiva entre el grado de reflujo normal y la severidad de la esofagitis. Estos estudios demuestran que más del 90% de los pacientes con esofagitis y esófago de Barrett tienen elevada exposición esofágica al ácido en el monitoreo de pH <sup>22</sup>.

Las disfunciones en el esófago pueden ser por un desorden de la peristalsis o una incompetencia del esfínter. La principal disfunción de la competencia del esfínter ocurre por la ERGE que es el tema a tratar en esta investigación.

---

<sup>20</sup> Donald O. Castell 2ªedición 1995 by Donald Castell, USA "The esophagus", capt. 1º, 2º, 19, 20 y 21

<sup>21</sup> MAJ Thomas Loughney, M.D. Corinne L. Maydonovitch "Manometría esofágica y monitoreo de pH de 24hrs. En pacientes con esófago de Barrett del segmento corto y largo." The American Journal of Gastroenterology vol. 93 N°6 Junio

<sup>22</sup> Salvatore Campo, Sergio Morini "Doble reflujo: Doble preocupación" DG DIS SCIE VOL. 42 n°6 junio 1997. Vaezi and Rither; GUT 1999; 44(5):590-92(May)

Así pues, tenemos que la hipotonicidad, la relajación transitoria del EEI y la insuficiencia del peristaltismo esofágico, son elementos integrantes en la génesis de la ERGE<sup>23</sup>; pero también hay que mencionar que el esófago tiene mecanismos de defensa que disminuyen los eventos de RGE y lo protegen, como es el aclaramiento esofágico que determina la exposición del material nocivo refluído, la presión del EEI que aunque algo controversial, es el más aceptado e importante mecanismo de defensa del RGE, el tamaño del esófago intraabdominal (hernia hiatal), el volumen gástrico y el vaciamiento gástrico. La pepsina, tripsina y sales biliares son un factor importante en la determinación del desarrollo y severidad del RGE.

---

<sup>23</sup> Mittal RK "The crural diaphragm, and external esophageal sphinter:a definitive study"  
Gastroentology 1993;105:1565-1577

### 3. Definiciones conceptuales relacionadas con ERGE

**Reflujo:** Consiste en el paso del contenido gástrico al esófago. El material refluido puede ser el del estómago o del intestino. No se acompaña de eructos ni vómitos. Puede existir en sujetos normales sin originar síntomas o lesiones en la mucosa esofágica.

**Regurgitación:** Es el ascenso a la orofaringe de material (restos alimenticios, saliva, moco) de procedencia esofágica o gastroduodenal. Dicho material pasa no solamente por el esfínter esofágico inferior, si no también por el superior. Los pacientes con reflujo gastroesofágico pueden presentar además regurgitación.

**Pirosis:** Es un síntoma frecuente que el paciente percibe como sensación de quemazón o ardor retroesternal generalmente ascendente hasta el cuello. Aparece fundamentalmente en pacientes con reflujo gastroesofágico. Y se relaciona con la toma de determinados alimentos o hábitos (grasas, chocolate, alcohol, café, tabaco).

**Esofagitis:** Connota la experiencia de una lesión anatomopatológica. Se conoce como tal a todos aquellos procesos inflamatorios agudos o crónicos, de cualquier etiología, que afectan a la mucosa esofágica. La esofagitis por reflujo es aquella que se produce por la existencia de reflujo gastroesofágico patológico.

**Hernia hiatal:** Consiste en la protusión en la cavidad torácica de una parte del estómago. A un lado el esófago corto o braquiesófago, las formas más comunes son la hernia por deslizamiento y la hernia parahiatal. Muy frecuentemente, sobre todo la hernia hiatal por deslizamiento, se acompaña de reflujo gastroesofágico.

**Enfermedad por reflujo gastroesofágico:** Existencia de reflujo gastroesofágico sintomático con o sin lesiones esofágicas acompañantes.

**Eructo (reflujo gaseoso gastroesofagofaríngeo):** Es una actividad refleja fisiológica, en la que el esófago, sobre todo sus esfínteres, tiene una participación crucial . El eructo ocurre tras la distensión gástrica con gas.

**EEl(Esfínter Esofágico Inferior) :** También llamado cardias, unión gastroesofágica y zona de alta presión ) es considerado un esfínter funcional, aunque se ha identificado un engrosamiento de la capa muscular que es probablemente su correlato anatómico. El EEl mantiene unas estrechas relaciones anatómicas y funcionales con el hiato diafragmático. Cada día es más evidente que el diafragma crural representa una parte funcional del EEl y se habla de esfínter esofágico inferior externo e interno.

**Cuerpo esofágico:** Es un tubo hueco que se extiende desde el EES al nivel de la quinta vértebra cervical, hasta la unión gastroesofágica, situada normalmente a nivel del hiato diafragmático, a la altura de la décima vértebra torácica.

**EES(Esfínter Esofágico Superior, llamado esfínter cricofaríngeo y esfínter faringoesofágico)** es una estructura bien diferenciada anatómicamente, entre la faringe y el esófago. Está formado por el músculo cricofaríngeo, una banda de músculo estriado en forma de C cuyos extremos se fijan al cartílago cricoides .

**Manometría esofágica:** Es la técnica de elección para la elección para el estudio cuantitativo y cualitativo de la actividad motora del esófago y se basa en el registro simultáneo y a distintos niveles de las variaciones de presión que se producen en la luz esofágica, permitiendo así un análisis secuencial de los fenómenos presivos.

**pHmetría esofágica de 24hrs:** En la actualidad, la monitorización continua de pH intraesofágico constituye el patrón-de oro para el diagnóstico de la ERGE, en opinión de la mayoría de los autores.

**Endoscopia:** Es el método ideal para valorar las lesiones orgánicas esofágicas, pero su utilidad es muy reducida en el diagnóstico de trastornos motores, quedando prácticamente limitada la detección de procesos orgánicos que pudieran coexistir u ocasionar el trastorno motor.

**Salud pública:** Se puede definir como la aplicación de las ciencias biológicas, sociales y administrativas al estudio de los fenómenos de salud íntegros, con una base bien definida de población. En este sentido la esencia de la salud pública es la salud del público; también es la ciencia y el arte de impedir enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia mediante el esfuerzo de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de las enfermedades transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal.

La organización para el diagnóstico precoz y el tratamiento de la enfermedad .

**Perspectiva sociocultural:** Dentro de un sistema de conceptos, creencias y formas de conducta se encuentra la parte relativa al valor de la salud y la conducta ante la enfermedad y la muerte; en estos conocimientos se encuentran las formas de percibir, de valorar y razonar, además de los métodos de organización social que indican la posición relativa de cada miembro, las formas de conducta que aseguraron el funcionamiento armónico de un grupo sociocultural, así, como los medios para solucionar los problemas y deficiencias .

### 3. VALORACIÓN DIFERENCIAL DEL ERGE

Tabla N° 1

Sintomatología de reflujo
1° Sucede después de las comidas
2° Normalmente no causa síntomas
3° Los episodios de reflujo son de corta duración
4° Durante el sueño es infrecuente el reflujo gastroesofágico

Tabla N ° 2

Reflujo patológico
1° Episodios frecuentes de reflujo de larga duración
2° Los episodios de reflujo ocurren durante el día o la noche
3° Puede producir síntomas e inflamación, así como daño en la mucosa esofágica

Tabla N° 3

Etiología del reflujo gastroesofágico
1° Incompetencia del EEI: Resistencia gastroesofágica, hernia hiatal, presión del EEI, exposición abdominal del EEI.
2° Relaxaciones transitorias del EEI
3° Deficiente o retardado aclaramiento esofágico.
4° Anormalidades gástricas que incrementan el reflujo fisiológico.

Tabla N ° 4

<b>Diagnósticos diferenciales de RGE</b>
1° Carcinoma de esófago
2° Úlcera péptica
3° Enfermedades cardíacas isquémicas.
4° Colelitiasis
5° Esofagitis no péptica.

**Fuente:**

Tabla 1,2,3: **Trastornos motores del aparato digestivo**, Manuel Díaz Rubio , Edit. Panamericana .

Tabla 4: **Guía práctica gastrointestinal, función de las pruebas** ,Charlotte Stendal/foreword by Dr. Eamonn Quigley

#### 4. Factores de riesgo

##### 4.1 Agentes que elevan la presión en reposo del Esfínter esofágico Inferior(EEI)

Hormonas y péptidos	Neurotransmisores	Otros agentes
Gastrina	Agonistas $\alpha$ -adrenérgicos	Metoclopramida
Motilina	Antagonistas $\beta$ -adrenérgicos	Domperidona
Bombesina	Drogas colinérgicas	Cisaprida
Vasopresina	Anticolinesterásicos (edrofonio)	Cinitaprida
Polipéptido pancreático		Serotonina
Calcitonina		Histamina
		Indometacina
		Encefalinas $\delta$ y $\phi$
		Pentobarbital sódico
		Norepinefrina
		Prostaglandinas F2- $\alpha$
		Antiácidos
		Proteínas de la dieta.

Fuente : Trastornos motores del aparato digestivo, Manuel Díaz Rubio, Edit. Panamericana.

#### 4.2 Agentes que disminuyen la presión en reposo del EEI

Hormonas y péptidos	Neurotransmisores	Otros agentes
Secretina	Anticolinérgicos(atropina)	Nitratos y nitritos
Colicistoquinina	Antagonistas $\alpha$ -adrenérgicos	Bloqueadores canales del $Ca^{++}$
Péptido inhibidor gástrico(pig)	Dopamina	Prostaglandinas E1,E2,A2,I2
Péptido intestinal vasoactivo (piv)	Agonistas $\beta$ -adrenérgicos	Diazepán
Glucagón		Petidina,morfina,meperidina
Estrógenos		Nitroprusiato
Progesterona		Lidocaína
		Teofilina
Neurotensina		
Encefalinas N y K		Cafeína
		Tabaco
Somatostatina		Acidificación gástrica
		Chocolate
		Alcohol
		Menta
		Grasa de la dieta
		Nucleótidos cíclicos

Fuente : Trastornos motores del aparato digestivo, Manuel Diaz rubio, Edit. Panamericana.

## **6. Objetivos de la investigación**

### **6.1 Objetivo general :**

Identificar las causas y factores de riesgo que condicionan ERGE como un problema de salud pública .

### **6.2 Objetivos específicos.**

- Identificar los métodos diagnósticos más confiables ERGE
- Proponer protocolos de tamizaje desde enfermería para prevenir y diagnosticar la ERGE en población en riesgo

## **7. Determinación de las variables de estudio:**

### **7.1 Variables directas:**

- Reflujo gastroesofágico, alteraciones manométricas.
- Edad
- Sexo
- Phmetría patológica
- Alteraciones EEI
- Alteraciones cuerpo esofágico

### **7.2 Variables indirectas**

- Dolor torácico
- Disfagia
- Pirosis
- Pérdida de peso
- Regurgitación
- Tos nocturna
- Asma
- Odinofagia
- Náusea.

## 8. Diseño de la investigación

### 8.1 Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo, observacional

### 8.2. Métodos de recolección de datos. Fuentes primarias de datos desde enero de 1999 a junio del 2000:

- Breve historia clínica de los pacientes que fueron atendidos y referidos al laboratorio de motilidad gastrointestinal.
- Estudios endoscópicos previos a la realización de manometría esofágica y monitoreo de pH esofágico en 24 hrs.
- Informes de los resultados de manometría y pHmetría esofágicas sacadas de la computadora

**1.8.3 Universo de estudio:** Todos los pacientes que fueron atendidos en el laboratorio de motilidad gastrointestinal de un Hospital privado con sintomatología de ERGE

**2.8.4 Población :** Pacientes privados externos y hospitalizados adultos con sintomatología de reflujo o ERGE, de edades comprendidas 18 a 65 años de ambos sexos

**3.8.5 Muestra :** Se estudia una muestra convencional integrada por 64 pacientes enviados por sintomatología de ERGE

### 8.5 Procedimientos

8.5.1 Todos los pacientes revisados tenían endoscopia previa a los estudios las cuales fueron revisadas.

8.5.2 Se le realizó monitoreo de pHmetría esofágica durante 24 horas

A) Indicaciones para pHmetría esofágica : El paciente tiene que venir en ayuno de 8 hrs mínimo; suspender bloqueadores H<sub>2</sub> e inhibidores de bomba de protones de 3 a 5 días, suspender antiácidos 2 días antes del estudio.

B) Estandarización para el procedimiento de pHmetría es la misma que se utiliza para introducir

una sonda nasogástrica, solamente que esta se queda con el paciente durante 24hrs en el esófago a 5cms del EEI.

Dicha sonda tiene sensores que registran las subidas ácidas. La sonda va conectada a un aparato que graba durante las 24hrs para después ser vaciados los datos a un programa de computo que será analizado por el especialista .

#### 8.5.3 Se les realizó Manometría esofágica

A) Indicaciones para la manometría: Ayuno de 8 hrs., Se deben de suspender procinéticos, Inhibidores de bomba de protones , bloqueadores H<sub>2</sub>, analgésicos, bloqueadores de los canales del Ca<sup>++</sup> de 3 a 5 días.

B) Estandarización para el procedimiento de la manometría esofágica: A través de tragos de agua se pasa la sonda por la nariz hasta el estómago ; esta sonda va conectada a una terminal de la computadora que tiene un programa especial de análisis. El estudio se hace a través de tragos de agua con 5c.c. de volumen par reproducir una deglución, con este método se va a medir diferentes estructuras( Esfínter esofágico inferior, EEI; Cuerpo esofágico; Esfínter esofágico superior, EES.) Después del registro se debe de interpretar , todas las mediciones deben de ser con el paciente consciente.

#### 8.6 Análisis de la información

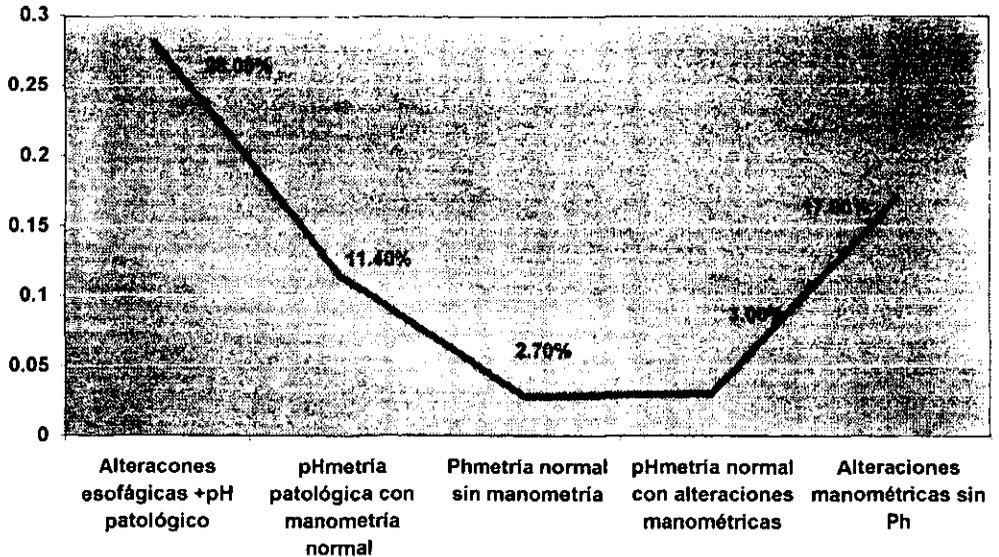
Se hará el tratamiento de datos mediante porcentajes (%) y valores absolutos

**Cuadro N°1**

<b>Hallazgos manométricos y pHmétricos encontrados en pacientes Con sintomatología de ERGE en el Laboratorio de motilidad gastrointestinal en un hospital privado. Mexico D.F. Año 1999-2000</b>		
Hallazgos clínicos	Nº de pacientes	%
pHmetría patológica con manometría normal	6 pacientes	11.40%
Phmetría normal sin manometría	3 pacientes	2.70%
pHmetría normal con alteraciones manométricas	3 pacientes	3.00%
Alteraciones manométricas sin pHmetría	11 pacientes	17.00%
Pacientes que no requirieron el estudio	41 paciente	65.00%
<b>Total pacientes estudiados</b>	<b>64 pacientes</b>	<b>100%</b>

Fuente : Datos elaborados por Palmeiro Rodríguez M<sup>a</sup> Dolores, Lab. de Motilidad Gastrointestinal. H.E.M. / ENEO-UNAM

Gráfica N° 1



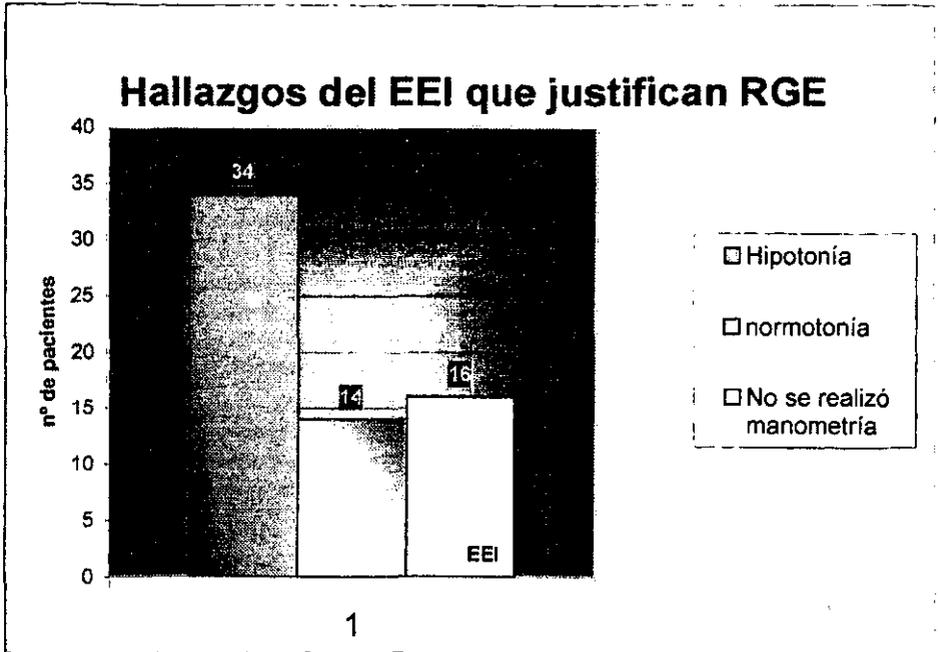
Fuente : cuadro 1

**Cuadro N ° 2**

Hallazgos del EEl que justifican RGE	
Hallazgos clínicos	Nº de Pacientes
Hipotonia	34 pacientes
Normotonía	14 pacientes
No se realizó manometría	16 pacientes
Total pacientes estudiados	64 pacientes

Fuente : Datos elaborados por Palmeiro Rodríguez M<sup>a</sup> Dolores, Lab. de Motilidad Gastrointestinal. H.E.M. / ENEO-UNAM

Gráfica N° 2



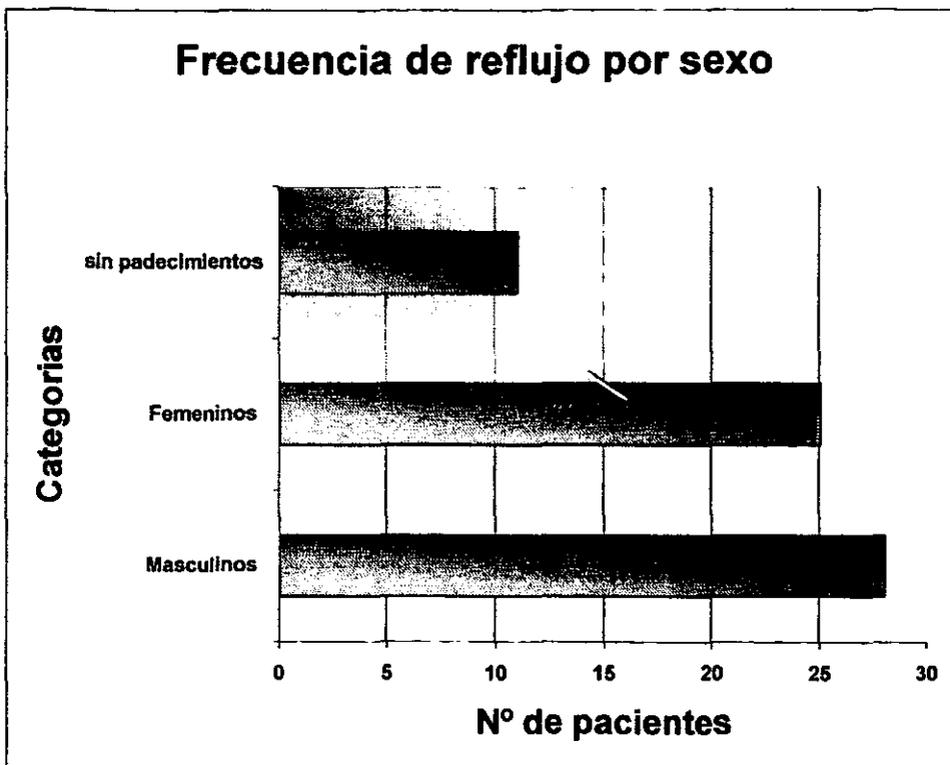
Fuente : Cuadro N° 2

**Cuadro N° 3**

<b>Frecuencia de RGE por sexo</b>	
<b>Determinación por sexo</b>	<b>N° de Pacientes</b>
Masculinos	28
Femeninos	25
sin padecimientos	11
<b>Total de pacientes estudiados</b>	<b>64</b>

Fuente : Datos elaborados por Palmeiro Rodríguez M<sup>a</sup> Dolores, Lab. de Motilidad Gastrointestinal. H.E.M. / ENEO-UNAM

Gráfica N ° 3



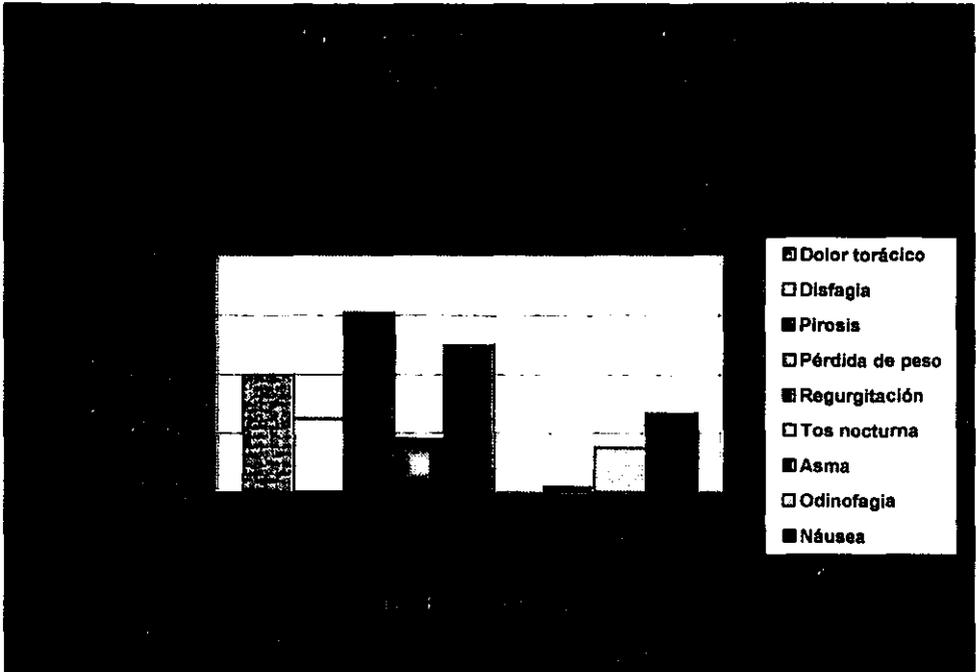
Fuente : Cuadro N ° 3

**Cuadro N° 4**

<b>Sintomatología de RGE</b>	
<b>Sintomatología</b>	<b>Número de pacientes %</b>
Dolor torácico	40%
Disfagia	25%
Pirosis	61%
Pérdida de peso	18%
Regurgitación	50%
Tos nocturna	0%
Asma	2%
Odinofagia	15%
Náusea	27%
Total de pacientes estudiados	64 pacientes 100%

Fuente : Datos elaborados por Palmeriro Rodríguez M<sup>a</sup> Dolores, Lab. de Motilidad gastrointestinal. H.E.M. / ENEO-UNAM,2000

Gáfico N° 4



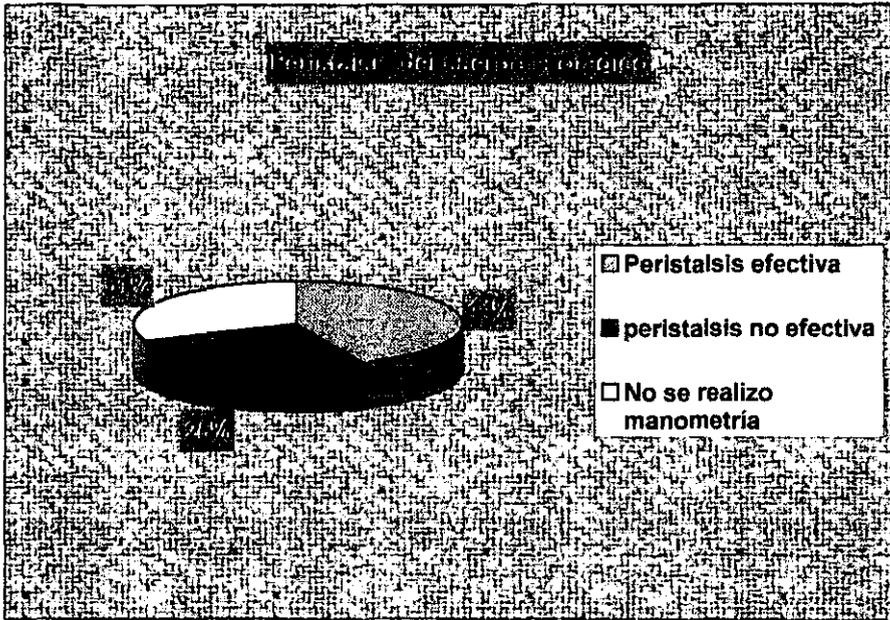
Fuente : Cuadro N° 4

Cuadro N°5

Peristalsis del cuerpo esofágico		
Hallazgos manométricos	Nº de pacientes	% de los hallazgos
Peristalsis efectiva	8	22%
Ondas no transmitidas	27	75%
Ondas retrógradas	14	3%
Total de pacientes estudiados	64	100%

Fuente : Datos elaborados por Palmeriro Rodríguez Mª Dolores, Lab. de Motilidad gastrointestinal. H.E.M. / ENEO-UNAM,2000

Grafica N°5



Fuente : Cuadro N° 5

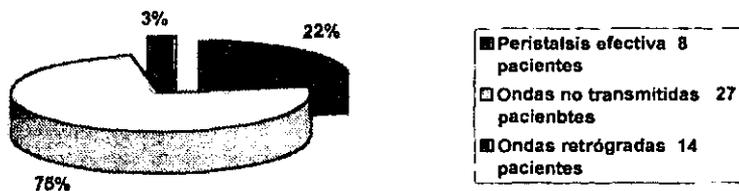
Cuadro N° 6

<b>Características Manométricas del Cuerpo Esofágico</b>		
<b>Características</b>	<b>N° de pacientes</b>	<b>%</b>
Peristalsis efectiva	8	22%
peristalsis no efectiva	27	75%
No se realizo manometría	14	3%
<b>Total de pacientes con manometría</b>	<b>49</b>	<b>100%</b>

Fuente : Datos elaborados por Palmeiro Rodríguez M<sup>a</sup> Dolores, Lab. de Motilidad Gastrointestinal. H.E.M/ ENEO-UNAM.2000

Gráfica N ° 6

### Características manométricas del cuerpo esofágico de los pacientes estudiados



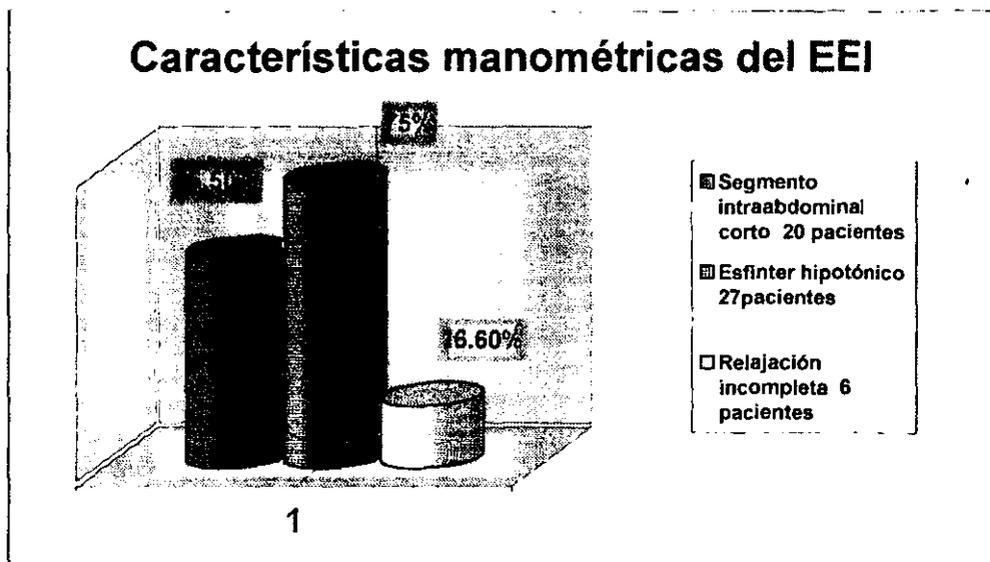
Fuente : cuadro N ° 6

Cuadro N° 7

<b>Característica Manométricas del EEI</b>		
<b>Hallazgos</b>	<b>N° de pacientes</b>	<b>%</b>
Segmento intraabdominal corto	20 pacientes	55.50%
Esfínter hipotónico	27pacientes	75 %
Relajación incompleta	6 pacientes	16.60%
<b>Total estudiados que tuvieron alteraciones</b>		<b>53</b>

Fuente : Datos elaborados por Palmeiro Rodríguez Mª Dolores, Lab. de Motilidad Gastrointestinal. H.E.M / ENEO – UNAM. 2000

Grafica N° 7



Fuente : cuadro N° 7

## 9. Discusión

Desde el punto de vista diagnóstico y preventivo de enfermería debemos ver al paciente como un ente único, donde el factor psicológico en el proceso salud enfermedad es importantísimo a tener en cuenta al hacer un análisis de las manifestaciones clínicas de cualquier proceso que ponga en riesgo la salud de la persona .

En esta investigación he querido corroborar lo que la literatura mundial ya ha demostrado pero desde un enfoque de enfermería .

Las manifestaciones clínicas de RGE que he podido comprobar son causadas por factores externos, hábitos , y factores psicológicos.; factores que no se están teniendo en cuenta a la hora de diagnosticar a un paciente con sintomatología de RGE, ya que se pasa directamente al tratamiento, sin hacer un análisis minucioso de porque esta sintomatología que sin tratar puede tener consecuencias fatales como puede ser el cáncer de esófago.

Desde mi punto de vista como enfermera que está trabajando en una unidad de diagnóstico y obteniendo los hallazgos que más adelante voy a mostrar, considero que enfermería tiene un gran papel y un reto para educar, informar y detectar a este tipo de pacientes con manifestaciones clínicas de RGE , que por lo que ya se ha expuesto en este trabajo representa un problema de Salud Publica que no se le está dando la importancia que tiene.

Después de haber estudiado a 64 pacientes en el laboratorio de Motilidad gastrointestinal; los cuales fueron remitidos a este servicio por sintomatología de RGE .

Dentro de las manifestaciones más frecuentes encontramos que los síntomas más comunes son: pirosis en un 61%, regurgitación 50%, dolor torácico 40%, náusea 27%, disfagia 25%, pérdida de peso 18%, odinofagia 15%.

## 10. Conclusiones

Esta investigación nos permite concluir que gran porcentaje de pacientes presentan alteraciones de la motilidad del cuerpo esofágico que son asociados con RGE, también llama la atención que la mayoría de estos pacientes mostraron hipotonía del EEI, relajación incompleta del mismo y esfínter de corta longitud.

Aunque no se puede asegurar de forma categórica que el reflujo predispone a alteraciones en la motilidad del cuerpo esofágico o si estas condicionan al primero. Debo de destacar que el RGE estuvo presente en todos los pacientes que presentaron trastorno esofágico, concluyendo con esto que si el paciente tiene un buen conocimiento de sus síntomas, posibles complicaciones, educación referente a los factores predisponentes y sobretodo si lleva un buen control del RGE mejorará la sintomatología y se evitará o mejorarán los problemas secundarios a RGE.

También puedo determinar que aunque éste dato no es medible, es importante manejar bien el factor estrés en este padecimiento y sus manifestaciones, he comprobado que si esto se dirige bien, como resultado tenemos una mejora de la sintomatología.

Se comprobó que en los 64 pacientes se justifica su sintomatología por los hallazgos manométricos, pHmétricos o ambos encontrándose que: El 28% de los pacientes tiene alteraciones manométricas con pHmetrías patológicas, el 17% alteraciones manométricas sin ser necesario pHmetría , 11.40 % pHmetría patológica con manometría normal, 3% pHmetría normal con alteraciones manométricas .

Cabe resaltar que dentro de las estructuras importantes por lo cual se justifica RGE es el EEI en el que encontré un segmento intraabdominal corto en 20 pacientes (55.5%, esfínter hipotónico en 27 pacientes (75%) y relajación incompleta en 6 pacientes (16.6%).

Entre los hallazgos manométricos del cuerpo esofágico se encontró una peristalsis efectiva del 100% en 8 pacientes (22%), ondas no transmitidas (<30 mmHg) en 27 pacientes(75%) y ondas retrógradas en 14 pacientes (38%)

Como enfermera he podido comprobar que las manifestaciones de RGE deben ser estudiadas y manejadas adecuadamente por personal especializado , desde la entrevista con el paciente la cual debe ser realizada de forma que el paciente entienda al personal de salud en el que el paciente no se sienta presionado, con la finalidad de no alterar los patrones a estudiar manométricamente y pHmetricamente, intentado quitar sus temores, ya que esta comprobado que el estrés puede causar cambios de presión en el esófago inducidas por ondas simultáneas en sujetos sanos <sup>29</sup>. El estrés que se puede provocar incrementa la amplitud de la peristalsis en voluntarios sanos y en pacientes con dolor torácico no cardíaco.

---

<sup>29</sup> Rubin Jnagler R Spiro HM ,et al. Measuring the effect of emotions on esophageal motility Psychosom Med 1962;24 :170-21  
Stacher G. Schmeierer C.Landgraf M Tertiary esophageal Contraction evoked by acoustic stimuli.Gastroenterology 1979;44-49

## ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

En pacientes con esófago de cascanueces (patología caracterizada por encontrar ondas >de 180 mmHg, que producen dolor torácico) incrementan la amplitud de las contracciones. La intubación que se realiza en la manometría, provoca hiperventilación lo cual también aumenta las contracciones esofágicas hasta un 30%<sup>30</sup>.

Teniendo en cuenta la literatura, las manifestaciones clínicas a través de la historia clínica que remiten los pacientes, los hallazgos diagnósticos de 64 pacientes estudiados; enfermería tiene suficiente material para realizar un plan de atención a estos pacientes: primero para **detectar**, segundo para aminorar los síntomas y así proporcionar mejor calidad de vida a pacientes con RGE o con ERGE y en tercer lugar **control** de la enfermedad que será proporcionado a través de especialistas del equipo de salud (gastroenterólogos, nutriólogos, psicólogos y enfermera capacitada en el área.).

---

<sup>30</sup> Anderson KO, Dalton CB, Bradley LA et al. Stress induces alteration of esophageal pressures in healthy volunteers and non cardiac chest pain patients. Dig Dis Sci 1989;34:83-91

## BIBLIOGRAFIA

Donald O. Castell **"The Esophagus"** second edition by Donald O. Castell, M.D 1995 ; Little, Brown and Company  
Boston New York Toronto London

Manuel Díaz-Rubio **"Trastornos Motores del Aparato Digestivo"** Editorial médica panamericana , septiembre 1996 Madrid España.

A.,Martín Zurro/J.F Cano Pérez **"Atención primaria. Conceptos, organización y practica clínica"** Tercera edición 1994Mosby/Doyma Libros ,S.A. Madrid ,España

Hildegard E. Peplau **"The evolution of intervention the use of Peplau' s process of practice-based theory development"**J.Psychiatric Mental Nurs 1998 Jun;5(3):173-8.(ISSN:1351-0126)University of Kentucky college of Nursing. Lexington 40536-0232 USA.

Suárez Morán Edgardo, Sanjurjo José Luis, Flores Agustín, Quiroz Guadalupe, Arenas Gabriela, Dolores Palmeiro Rodríguez **"Correlación clínica y manométrica de las alteraciones motoras de esófago"** Lab. De Motilidad Gastrointestinal Hospital Español de México.

Kahrilas PeterJ. M.D. **"Desordenes de la motilidad esofágica"** Universidad del noreste Domingo mayo 19, 1996

Richter Joel. AMJ. **"Reflux Symptoms with normal endoscopy and pH testing: The hipertensive Esophagus?"**Gastroenterology Vol. 92 N° 12 1997.

Ronald A. Hinder, MD. Phd; Mayo Clinic Jacksonville Fl.  
**“Gastroesophageal Reflux disease: Surgical options, Choice of operations and outcomes .**

AGA Postgraduate course, May 15-16, 1999 **Temas sin resolver relacionados a Reflujo Gastroesofágico, sobre problemas en oídos, nariz y garganta.**

Mittal RK, **The crural diaphragm, and external esophageal sphincter: a definitive Study.** Gastroenterology 1993; 105 : 1565-1577

Suárez Morán E., AL Ortiz Salgado, J. Pérez Manauta, A. Baqueiro Cendón, JF Rivera Ramos **Alteraciones en la motilidad del cuerpo esofágico en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico .** Endoscopia Vol.10 n°4 1999

Rasquin-Weber A, Imán PE, Cucchiara S, Fleisher Dr. Hyams JS, Milla PJ, Staiano A. **Alteraciones Gastrointestinales funcionales de la infancia ROME II A.** Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. Gut 1999; 45(Supl.II) : 60-68

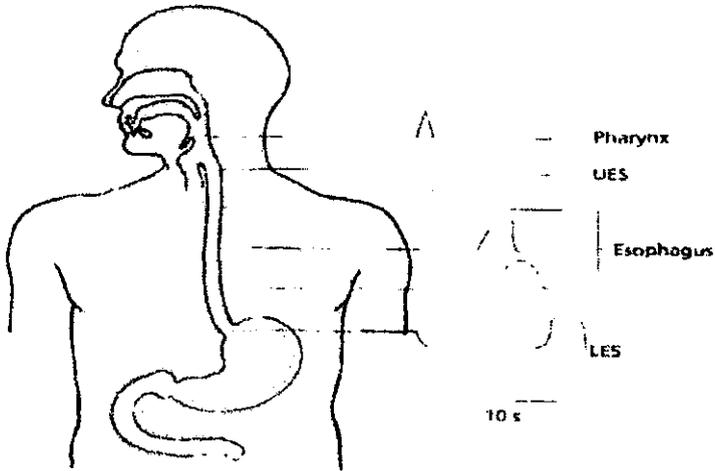
Lynda Juall Carpenito **Planes de cuidados y documentación en enfermería** Nursing consultant, Mickleton, New Jersey , Edit. Interamericana .McGraw-Hill 1ª edición 1994 Madrid, España

Luna López María Concepción **“ Salud pública”** Edit. McGraw-Hill, inc. 1ª edición 1993 México D.F.M

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y**  
**OBSTETRICIA**

**ANEXOS**

**PROPUESTA DE : INTERVENCIONES SEGÚN VALORACIÓN Y  
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE).  
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN**



**Determinación de intervenciones clínicas, valoración y diagnósticos enfermeros, identificados en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)**

**Disfagia:** Es una disfunción de la deglución que se caracteriza por la dificultad del paso de los alimentos de la boca hacia el estómago.

**Valoración**

Ver si la disfagia es continua o intermitente, si se produce dolor al pasar los alimentos, si además hay náuseas y vómitos. Si tiene antecedentes tanto familiares como personales de trastornos motores del esófago, tales como Acalasia, Enf. De Parkinson, Enf. de la Colágena, la ingesta abundante de bebidas carbónicas o bolos sólidos, así como la relación del mismo con el estado emocional.

La exploración física e instrumental, nos descartará la causa de la disfagia (osteofitos vertebrales, membranas esofágicas, hipertonia primaria del EES, divertículo de Zenker, tumoraciones del cuello, fibrosis secundarias a irradiación, etc) la manometría permite estudiar y medir las presiones faríngeas y del EES, así como las secundarias de mecanismos fisiológicos tan necesarios para una correcta deglución.

**Diagnóstico de Enfermería**

- 1.- Alteraciones de la nutrición: Pérdida de peso debido al vómito, náuseas, anorexia por miedo a tragar.
- 2.- Dolor, debido a la dificultad de pasar alimento.
- 3.- Alteraciones emocionales debido al dolor, angustia y ansiedad por los trastornos metabólicos.
- 4.- Alteraciones del estado hídrico

## Intervenciones de Enfermería

1.- Alteraciones del estado nutricional; se debe animar al paciente a una intensa concentración en las maniobras de la deglución, procurar tomar alimentos sólidos y semisólidos, ya que los líquidos tienen mayor tendencia a la regurgitación y paso anómalo a las vías respiratorias, si se sospecha de cierre laríngeo( tos, sofocación, etc.), puede auxiliarse bajando la barbilla y conteniendo la respiración durante la deglución, así como girar la cabeza hacia el lado parético en caso de disfunciones unilaterales y toser después de algunas degluciones con el fin de aclarar los residuos alimenticios, que hallan podido quedar en la faringe. Si hay imposibilidad total para deglutir, debe instaurarse alimentación enteral, mediante sonda naso gástrica fina, que en algunas circunstancias puede llegar a ser definitivas como única alternativa para la nutrición del paciente.

2.- Alteraciones del estado hídrico; buscar signos y síntomas de hipovolemia o incluso shock, aumento de la frecuencia respiratoria, piel fría y pálida o cianótica, inquietud, agitación, ansiedad, aumento de la frecuencia cardíaca. Generalmente esto es debido al descenso en la ingesta oral, con excesiva pérdida de líquidos a través del vómito, debido a la deshidratación se produce hipovolemia, debiendo corregirse en estadios tempranos para evitar trastornos en la saturación de oxígeno en la sangre que comprometan el estado mental.

3.-Dentro de las prescripciones médicas con intervención de enfermería, existe la administración de medicamentos procinéticos, como la cisaprida, que estimulan la motilidad enteral, Inhibidores de la bomba de protones(omeprazole, pantoprazole,etc), que mejoran sustancialmente los síntomas más molestos,y eliminan la esofagitis. Si hay fracaso terapéutico, se deben de hacer dilataciones seguidamente cirugía antireflujo.

## **Pirosis:**

**Síntoma que se manifiesta como sensación de quemazón u ardor retroesternal generalmente ascendente hasta el cuello.**

Valoración: ver si la pirosis es secundaria a reflujo a través de la exploración e historia clínica, revisar tipo de alimentación, actividades profesionales, hábitos higiénicos nutricionales, exposición a situaciones estresantes, son condicionantes de pirosis; si es secundario a reflujo se debe descartar por endoscopia o pHmetría de 24hrs.

Diagnóstico de enfermería:

1. Ardor o prurito en las partes laterales del cuello, orejas y cuello cabelludo, también es una sensación de quemazón en la región subesternal o en la porción superior del epigastrio.

La pirosis ocasionales son comunes en personas sanas o normales, pero las frecuentes o intensas suelen ser manifestaciones de disfunción esofágica.

2. El paciente refiere sensación de cuerpo extraño o "bola" retroesternal durante largo tiempo.

3. La pirosis por lo común se acompaña de reflujo gastroesofágico; hay que descartar H. Hiatal, ver si ocurre después de comidas abundantes, al doblarse o al acostarse, quizás haya aparición espontánea de líquido, preguntar si es salado, ácido, amargo y de color verde o amarillo.

Intervenciones de enfermería:

La pirosis puede presentarse después de ingerir ciertos alimentos o sustancias, como café, alcohol, grasa, aspirina, hormonas (ver tablas de factores de riesgo 1.4)

Se debe explicar al paciente que debe eliminar ciertos alimentos de su dieta a sí como medicamentos o sustancias que puede provocar esta sintomatología.

Explicar la importancia de hacer bien el tratamiento médico como tomar antiácidos, así como medidas mecánicas para dormir en posición semifowler o fowler para evitar la sintomatología ya que si estas medidas no se aplican el de Barret que es un estado que puede predisponer a la aparición de cáncer esofágico, así como enfermedades secundarias como asma, problemas laringeos a causa de reflujo.

Si estas medidas terapéuticas no funcionan se debe de sugerir Cirugía antirreflujo.

#### Vómito y náusea:

Pueden aparecer de manera independiente uno de otro pero por lo general están en unidos que es conveniente considerarlos juntos.

La náusea es el deseo inminente de vomitar.

El vómito es la expulsión bucal forzada del contenido gástrico o estomácalo.

#### Valoración:

La náusea el enfermo la refiere en el epigastrio o garganta. La náusea acentuada se encuentran signos de alteraciones de la actividad autónoma(S. Parasimpático)

El vómito está bajo control de dos centros bulbares distintos:el centro del vómito y la zona quimiorreceptora desencadenante. El centro del vómito controla e integra el acto de la emesis, recibe estímulos eferentes del tubo intestinal y de otras partes del cuerpo.

La zona quimiorreceptora desencadenante está localizada en el bulbo, pero por si misma no interfiere en el vómito.

La nausea y el vómito son las manifestaciones comunes de padecimientos orgánicos y funcionales.

### Diagnóstico de enfermería:

1. Constantes vitales, tensión arterial, temperatura, pulso y respiraciones.
2. Turgencia cutánea, mucosas, diuresis.
3. Consistencia y frecuencia de las deposiciones
4. Estudios de laboratorio, electrolitos, BUN peso específico de la orina

Estas valoraciones proporcionan datos básicos para comparar con posteriores hallazgos de la valoración

### Intervenciones de enfermería:

1. Buscar signo y síntomas precoces de déficit de líquidos, sequedad de las mucosas, orina color ámbar, peso específico  $>1.025$ .
2. Administrar medicación antiemética según se ordene: Los antieméticos impiden el vómito inhibiendo los estímulos que llegan al centro del vómito.
3. Dar de beber al paciente traguitos de té claro, bebidas gaseosas o agua corriente; se toleran mejor pequeñas cantidades de líquidos si tiene irritación gástricas u esofágica
4. Controlar Balance de líquidos
5. Pesarse al paciente diariamente, se puede detectar pérdidas de líquido.

**Dolor Torácico:** El dolor se describe como sensación de pesadez, llenura o presión. El sitio de la molestia suele corresponder al segmento de inervación del órgano afectado

**Valoración:** Se puede lograr con el cuestionario, es recomendable una escala verbal numérica; se debe diferenciar el dolor visceral al dolor agudo, se debe saber la localización del dolor y el segmento correspondiente de inervación. Debe descartarse en caso del esófago que sea de origen cardíaco. Ver si se lateraliza o localiza, si el dolor es opresivo, continuo o intermitente, si sucede durante el día o la noche, de pie o en decúbito como en el caso de RGE; si despierta al paciente, también hay que relacionar el dolor con las comidas.

Diagnóstico de enfermería: dolor agudo o crónico secundarios a RGE.

1. Características del dolor: aparición, duración, localización, cantidad y factores que lo aumentan o disminuyen
2. Patrón de malestar en relación con la ingestión de alimentos.
3. Ingesta de sustancias que lesionan o irritan la mucosa

Intervenciones de enfermería:

1. Explicar la relación entre la secreción de ácido y la aparición del dolor. Probablemente la secreción de HCL es una importante variable en la aparición del dolor; debido a esta relación si se controla la secreción ácida o biliar se elimina el dolor.
2. Ministrar antiácidos, anticolinérgicos y bloqueadores H<sub>2</sub>, según se indique. La secreción de HCL se puede regular neutralizándola con distintos tratamientos y si es por RGE el dolor cede.
3. Enseñar técnicas recreativas para reducir la tensión y mitigar el dolor: la relajación muscular disminuye el peristaltismo y reduce el dolor. La relación entre el estrés y el dolor torácico o epigástrico es mayor en pacientes con ansiedad crónica.
4. Ayudar al paciente a identificar sustancias que produzcan irritación . si se evitan ciertas sustancias como (fritos, condimentos, café,etc.) se reduce el síntoma.

Educación : Enseñar al paciente que coma de forma regular, despacio, no tomar bebidas ni muy frías ni muy calientes, evitar tomar alcohol antes de dormir, concienciar al paciente a disminuir el uso de tabaco, reducir ingesta de bebidas que contengan cafeína, advertir al paciente del riesgo de toma salicilatos (aspirina) a no ser que sea por orden médica; enseñar al paciente la importancia

que tiene seguir el tratamiento incluso cuando no tenga dolor .

Se han demostrado que algunas sustancias alteran ciertas estructuras como el EEL que facilitan el paso de secreciones produciendo RGE . Por otro lado las restricciones dietéticas y la medicación deben continuarse durante el tiempo prescrito , es posible que el dolor desaparezca antes de lograrse la curación.

**Pérdida de peso** El mecanismo de pérdida de peso en la enfermedad del aparato digestivo en general se debe a la disminución de la ingestión de alimentos o defectos de la absorción.

**Valoración:** La pérdida de peso representa un problema mayor que se debe de investigar su causa, a menudo es un signo de padecimiento orgánico grave.

En la valoración preliminar , se incluye la necesidad de información que tienen los familiares.

**Diagnóstico de enfermería:**

1. Estado nutricional del paciente, antecedentes dietéticos.
2. Alteraciones de la nutrición menor que las necesidades corporales, por ingestión deficiente de nutrientes
3. Alteraciones del cuerpo esofágico que impide la alimentación.

**Intervenciones:**

1. Comer con lentitud y mastique el alimento en la forma más completa posible para facilitar el paso hacia el estómago.
2. Comidas frecuentes y de poco volumen con alimentos blandos para facilitar la digestión y prevenir la irritación
3. La deglución de líquido con alimentos facilita el paso de estos
4. Durante las comidas el ambiente que rodea al paciente debe ser tal que estimule el apetito
5. Debe de evitar factores de riesgo (tabla 1.4)
6. Se mide el peso para obtener datos fundamentales y subsecuentemente todos los días.
7. Las calorías se cuentan para calcular la ingestión diaria de alimentos .

Enseñanza al enfermo: Se prepara física y psicológicamente al paciente para las pruebas diagnósticas, tratamiento y posible operación para que: Aunque comprenda la causa del padecimiento fundamentar el tratamiento quirúrgico o médico, régimen dietético y medicamentos. Practicar medidas de prevención de modo que no haya lesiones accidentales.

**Reflujo gastroesofágico.** Consiste en el paso del contenido gástrico al esófago. El material refluído puede ser del estómago o del intestino. Puede existir en sujetos normales sin originar síntomas o lesiones en la mucosa gástrica.

**Valoración:** El conocimiento de la sintomatología es fundamental para la orientación de los pacientes como ya se ha descrito: pirosis, regurgitación, dolor torácico, vómito y náusea, eructos, hipo; las hemorragias se presentan de forma oculta, siendo causa de anemia ferropénica (hay que ver estado de las mucosas, las manifestaciones pulmonares (tos, ronquera, crisis, asmática nocturna).

**Diagnóstico de enfermería:** La historia clínica es fundamental a la hora de estudiar a los pacientes; valoración minuciosa de RGE, condiciones de las pruebas especiales, dar información al paciente sobre estas pruebas (radiología, endoscopia, biopsia, manometría y pHmetría).

**Intervenciones de enfermería:** El objetivo principal es aliviar los síntomas, curar las lesiones y prevenir las recidivas.

En causas graves de RGE se deben de aplicar determinadas medidas higiénico dietéticas para obtener una importante mejoría.

1. Elevar cabecera 15-20 cms.
2. Eliminar los factores que aumentan presión intraabdominal( el paciente obeso debe de adelgazar).

3. Las comidas deben de ser poco copiosas y frecuentes, recomendado consumir alimentos que eleven el tono del EEI comidas ricas en proteínas
4. Eliminar alimentos que disminuyan el EEI y que tienen una acción irritante como el café, el tabaco, alcohol, menta, chocolate, jugos cítricos, bebidas carbónicas, tomate, especias, alimentos muy frios o muy calientes y comidas grasas. Evitar determinados fármacos (ver tablas factores de riesgo 1.4).
5. Complementar tratamiento con antiácidos líquidos media hora después de las comidas , 2-3 hrs. Después de esta y al acostarse.
6. Los procinéticos mejoran la actividad motora esofágica, el aclaramiento esofágico, estos medicamentos aumentan la presión del EEI y aceleran el vaciamiento gástrico (metoclopramida, domperidona, cisaprida, etc.)

Educación al paciente: Es importantísimo que la enfermera explique adecuadamente cuales son los estudios que requieren como se realizan y que indicaciones precisan para que los resultados sean óptimos y evitar errores de tratamiento en caso de que lo necesite. Es muy importante que se maneje el factor psicológico ya que en muchos de estos pacientes con síntomas de ERGE gran parte de sus manifestaciones son por estrés, angustia o desconocimiento de lo que le sucede , así también es necesario hacer recomendaciones para prevenir sintomatología