

UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO
DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Jefatura del Área de Estudios de Posgrado



**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD DE REFLUJO
GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 39 DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN VILLAHERMOSA, TABASCO.”**

**TESIS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN**

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JUDITH CAROLINA ORTIZ CHABLE

DIRECTOR:

M. EN C. SP. ROSARIO ZAPATA VÁZQUEZ



ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Judith Carolina Ortiz Chablé
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Ricardo González Anoya, Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer, Dr. Eduardo Contreras Pérez, Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego, Dr. Miguel Ángel López Alvarado, impresión de la tesis titulada: **"Impacto en la calidad de vida en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del primer nivel de atención en Villahermosa, Tabasco"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directora de Tesis la M. en C. SP. Rosario Zapata Vázquez.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- M. en C. SP. Rosario Zapata Vázquez.- Directora de Tesis
- C.c.p.- Dr. Ricardo González Anoya.- sinodal
- C.c.p.- Dra. Jorda Aleiria Albarrán Melzer.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Eduardo Contreras Pérez.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Miguel Ángel López Alvarado.- Sinodal
- C.c.p.- Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego.- Sinodal

C.c.p.- Archivo
DC'MCML/MCE'XME/mgcc*



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 09:00 horas del día 28 del mes de enero de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Impacto en la calidad de vida en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del primer nivel de atención en Villahermosa, Tabasco"

Presentada por el alumno (a):

Ortiz	Chablé	Judith Carolina
Apellido Paterno	Materno	Nombre (s)
	Con Matrícula	

1	8	1	E	5	0	0	1	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialista en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

M. en C. SP. Rosario Zapata Vázquez
Directora de Tesis

Dr. Ricardo González Anoya

Dra. Jorda Aleiría Albarrán Melzer

Dr. Eduardo Contreras Pérez

Dra. Crystell Guadalupe Guzmán Priego

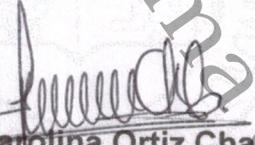
Dr. Miguel Ángel López Alvarado



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 21 de Enero del 2021, el que suscribe, **Judith Carolina Ortiz Chable**, alumna del programa **Especialidad en Medicina Familiar**, con número de matrícula 181E50013 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **"Impacto en la calidad de vida en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico en la Unidad de Medicina Familiar No 39 del primer nivel de atención en Villahermosa, Tabasco"**, bajo la Dirección de la M. en C. SP. Rosario Zapata Vázquez, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: drajudith_ortiz@hotmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.


Judith Carolina Ortiz Chable

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



JEFATURA DEL ÁREA DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

Sello



DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque por su gracia y su favor, concluyo satisfactoriamente este proyecto.

Jer 29:11 Porque yo sé muy bien los planes que tengo para ustedes, planes de bienestar y no de calamidad, a fin de darles un futuro y una esperanza. Ebenezer.

A mis padres por su apoyo y amor incondicional, estoy agradecida eternamente por su esfuerzo inalcanzable para que cada una de mis metas y proyectos de vida sean cumplidos. Este trabajo y esta dedicatoria es parte de mi honra hacia ustedes.

A mi hermana Alejandra como hermana mayor, cómplice y mi ayuda ideal en todos los aspectos de mi vida, agradecida hasta el último día de mi vida por tu apoyo incondicional.

A toda mi familia por siempre creer en mí, aunque estemos lejos y aunque nuestras ramas crezcan hacia otra dirección, nuestras raíces siguen siendo las mismas.

A la Dra. Rosario Zapata Vázquez por su asesoría y apoyo para la realización de este proyecto, por su contribución a mi formación como médico especialista, mi agradecimiento con cariño y admiración.

A la Dra. Alma Georgina Castañeda del Río por ser mi mamá del hospital, me ha visto crecer desde el internado médico de pregrado, me motivo a ejercer con excelencia en el área laboral, fue mi consejera en aceptar la Residencia Médica, y siempre me motiva a ser mejor que ayer. Mi admiración total.

Al Dr. José María Valenzuela Villegas, a quién agradezco infinitamente por ser quién siempre ve en mí la diferencia, por ti inicie este proyecto llamado Residencia Médica, gracias por siempre hacer que las personas busquen ser mejores profesionales y mejores personas. Con mucho cariño, respeto y admiración.

Al Dr. Jesús Arturo Ruíz Quiñones por motivarme a buscar una mejora profesional y laboral, por la confianza que depositaste en mí como profesional médico. Con cariño y admiración.

A Ana Cecilia e Isaías, porque la amistad de tres siempre es mejor. Decreto éxitos profesionales para cada uno de ustedes. Mi cariño y amistad incondicional.

A la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco por ser mi alma mater y mi respaldo académico.

Instituto Mexicano del Seguro Social por haberme formado como Especialista en Medicina Familiar.



ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT	II
TABLA DE DEFINICIONES	1
ABREVIATURAS	2
1. INTRODUCCION	3
2. MARCO TEORICO	4
3. JUSTIFICACIÓN	9
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	12
6. OBJETIVOS	13
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
7. HIPOTESIS	14
7.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	14
7.2 HIPOTESIS NULA.....	14
7.3 HIPOTESIS ALTERNA.....	14
8. MATERIALES Y MÉTODOS	15
8.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	15
8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	15
8.3 TEMPORALIDAD.....	15
8.4 EMPLAZAMIENTO.....	15
8.5 MUESTRA Y MUESTREO.....	15
8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	16
8.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	17
8.7.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	17
8.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	17
8.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	17
8.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO.....	17



8.9 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.....	18
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS	19
10. RESULTADOS	21
10.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ERGE .	21
10.2 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERGE	34
10.3 CORRELACIONAR LA CALIDAD DE VIDA DEL INSTRUMENTO QOLRAD CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ERGE	35
11. DISCUSIÓN	45
12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
12.1 CONCLUSIONES.....	50
12.2 RECOMENDACIONES	52
13. REFERENCIAS	53
14. ANEXOS.....	56
14.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	56
14.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEL INSTRUMENTO	59
14.3 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	60
14.4 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN REFLUJO Y DISPEPSIA (QOLRAD)..	61
14.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	66



INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad y Género de los pacientes con ERGE del IMSS.....	21
Tabla 2. Ocupación de los pacientes con ERGE del IMSS	22
Tabla 3. Religión de los pacientes con ERGE del IMSS.....	23
Tabla 4. Escolaridad de los pacientes con ERGE del IMSS	23
Tabla 5. Estado nutricional de los pacientes con ERGE del IMSS	24
Tabla 6. Antecedente heredofamiliar de ERGE de los pacientes del IMSS.....	24
Tabla 7. Línea Genética de primera línea de pacientes con ERGE del IMSS.....	25
Tabla 8. Alimentos que consumen los pacientes con ERGE del IMSS	25
Tabla 9. Alimentos consumidos más frecuentes de los pacientes con ERGE del IMSS	26
Tabla 10. Los pacientes con ERGE del IMSS consumen medicamentos de uso crónico.....	26
Tabla 11. Medicamentos que consumen los pacientes con ERGE del IMSS.....	27
Tabla 12. Diagnostico por Gastroenterología de los pacientes con ERGE del IMSS	28
Tabla 13. Años de diagnóstico de los pacientes con ERGE del IMSS.....	28
Tabla 14. Estrés en pacientes con ERGE del IMSS	29
Tabla 15. Tipo de estrés que presentan los pacientes con ERGE del IMSS.....	29
Tabla 16. Ayuno en los pacientes con ERGE del IMSS.....	30
Tabla 17. Frecuencia y tiempo de ayuno de los pacientes con ERGE del IMSS	30
Tabla 18. Tabaquismo en los pacientes con ERGE del IMSS	30
Tabla 19. Consumo de cigarrros por día de los pacientes con ERGE del IMSS	31



Tabla 20. Consumo de cigarros por semana de los pacientes con ERGE del IMSS.....	31
Tabla 21. Consumo de bebidas alcohólicas de pacientes con ERGE del IMSS	32
Tabla 22. Tipo de bebidas alcohólicas consumidas por los pacientes con ERGE del IMSS ...	32
Tabla 23. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas de los pacientes con ERGE del IMSS.....	32
Tabla 24. Consumo de drogas en pacientes con ERGE del IMSS	33
Tabla 25. Tipo de drogas consumidas por los pacientes con ERGE del IMSS	33
Tabla 26. Frecuencia del consumo de drogas de pacientes con ERGE del IMSS.....	33
Tabla 27. Calidad de Vida con el instrumento QOLRAD en los pacientes con ERGE del IMSS.	34
Tabla 28. Correlación de las dimensiones del Instrumento QOLRAD y la existencia de síntomas en pacientes con ERGE del IMSS	34
Tabla 29. Correlación entre los antecedentes familiares y la calidad de vida de los pacientes con ERGE del IMSS	35
Tabla 30. Correlación de la calidad de vida con los pacientes fumadores y no fumadores con ERGE del IMSS.....	36
Tabla 31. Correlación entre los grupos de edad y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS.....	37
Tabla 32. Correlación entre el Sexo y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS.....	38
Tabla 33. Correlación entre el estado nutricional y la calidad de vida de los pacientes con ERGE del IMSS.....	39
Tabla 34. Correlación entre la Religión y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS.....	40
Tabla 35. Correlación entre el consumo de alimentos irritantes y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS	41



Tabla 36. Correlación entre el Consumo de Medicamentos y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS	42
Tabla 37. Correlación entre los Años de diagnóstico y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS.....	43
Tabla 38. Correlación entre el Estrés y la Calidad de Vida de pacientes con ERGE del IMSS	43
Tabla 39. Correlación entre el Consumo de Alcohol y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS.....	44

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



RESUMEN

Título: Efectos en la calidad de vida en pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del primer nivel de atención en Villahermosa, Tabasco.

Antecedentes: La ERGE se ha estimado una prevalencia que varía entre el 10% y el 20% en Latinoamérica. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un propósito terapéutico a alcanzar en el paciente con trastornos funcionales digestivos, ya que en éstos hay una mayor alteración de la CVRS, **Objetivo:** Determinar los efectos en la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en el primer nivel de atención. **Material y métodos:** Es un estudio Descriptivo y Analítico. Para este estudio se utilizara la variable dependiente: Calidad de vida. Será basado en un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Como instrumentos de calidad de vida de reflujo y dispepsia (QOLRAD): **Recursos e infraestructura:** El recurso humano de esta investigación es el médico residente, su asesor científico y clínico, los recursos materiales son el cuestionario QOLRAD, así como la base de datos de los pacientes adscritos a la UMF a estudiar. **Experiencia del grupo:** Los investigadores son expertos en el tema a investigar.

Palabras clave: Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, Calidad de vida.



ABSTRACT

Background: GERD has an estimated prevalence that varies between 10% and 20% in Latin America. Health-related quality of life (HRQOL) is a therapeutic purpose to be achieved in patients with functional digestive disorders, since in these there is a greater alteration of HRQOL, **Objective:** To determine the effects on quality of life in patients with Gastroesophageal Reflux Disease in the first level of care. Material and methods: It is a Descriptive and Analytical study. For this study the dependent variable will be used: Quality of life. It will be based on a simple random probability sampling. As instruments of quality of life for reflux and dyspepsia (QOLRAD): **Resources and infrastructure:** The human resource for this research is the resident doctor, his scientific and clinical advisor, the material resources are the QOLRAD questionnaire, as well as the database of the patients assigned to the UMF to study. **Group experience:** Researchers are experts in the topic to be investigated.

Key words: Gastroesophageal Reflux Disease, Quality of life.



TABLA DE DEFINICIONES

Impacto	Según la Real academia española: Del lat. Tardío impactus; Huella o señal que deja un impacto.
Calidad de vida	Según la Real academia española: Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa.
Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico	Según el diccionario de cáncer del NCI: Flujo hacia atrás de los contenidos ácidos del estómago al esófago (el tubo que conecta la boca con el estómago). También se llama reflujo esofágico y reflujo gástrico.



ABREVIATURAS

ERGE	Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico
UMF	Unidad de Medicina Familiar
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
AINES	Analgésicos No Esteroides
IMC	Índice de Masa Corporal
CVRS	calidad de vida relacionada con la salud
UGE	Unión Gastroesofágica
EEI	Esfínter Esofágico Inferior
RTEEI	Relajaciones Transitorias del Esfínter Esofágico Inferior
RGE	Reflujo Gastroesofágico
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ADT	Anti-Depresivos Tricíclicos
IRSS	Inhibidores de Receptación de Serotonina
GWAS	Genome-Wide Association Study
EB	Esófago de Barrett
GI	Gastrointestinales
ERNE	Enfermedad por Reflujo No Erosiva
TEA	Tiempo de Exposición al Ácido
IBNM	Impedancia Basal Nocturna Media
IS	Índice Sintomático
PAS	Probabilidad de Asociación Sintomática
IBP	Inhibidor de Bomba de Protones



1. INTRODUCCION.

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es producida cuando el reflujo del contenido del estómago ocasiona síntomas los cuales pueden producir complicaciones a largo plazo e inclusive deteriorar la calidad de vida de los pacientes.

Tiene una prevalencia aproximada del 10 al 20% en la población adulta, pero su prevalencia depende de las características sociodemográficas de cada paciente incluyendo algunos como la dieta, el sedentarismo y la presencia de comorbilidades.

Las enfermedades gastrointestinales son comunes produciendo síntomas esofágicos como disfagia, acidez y regurgitación, síntomas extraesofágicos como dolor torácico, tos persistente, así como lesiones linguales o dentales.

Como medidas terapéuticas se recomiendan cambios en el estilo de vida con la disminución ponderal, evitar las toxicomanías, evitar la cafeína, comidas picantes, ácidas o con alto contenido de grasa, además de la ingesta de alimentos en la noche. El tratamiento farmacológico con el uso de Inhibidores de la bomba de protones mejoran la presencia de sintomatología y así evitan las recaídas y la demanda de la atención médica, aunque aún con el uso de estos medicamentos existe en algunos pacientes persistencia de la sintomatología, sobre todo en aquellos pacientes que tiene más de cinco años con esta enfermedad digestiva.

La importancia de la detección oportuna de la ERGE en los pacientes radica en evitar que el paciente presente lesiones del epitelio esofágico y complicaciones como esófago de Barret y evitar los efectos y el deterioro sobre la calidad de vida.



2. MARCO TEORICO

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede definirse como el ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica. Katz y cols; la definen como los síntomas o complicaciones que resultan del reflujo de contenido gástrico dentro del esófago e inclusive más allá, tomando en cuenta a la cavidad oral con la laringe y a los pulmones.⁽¹⁾

Es una entidad crónica que se estima afecta alrededor del 20% de la población en la civilización occidental; a su vez, representa aproximadamente el 5% de la carga de trabajo de los médicos de primer contacto y constituye una condición que afecta a múltiples aspectos físicos y psicosociales de los pacientes. Los estudios poblacionales muestran que hasta 15% de los individuos presentan pirosis al menos una vez a la semana, y que alrededor de 7% la sufren diariamente.⁽²⁾

El mecanismo fisiopatológico del ERGE está encargado a través de los mecanismos antirreflujo normales del Esfínter Esofágico Inferior (EEI), a través: 1) del aumento del volumen gástrico (después de las comidas, en la obstrucción pilórica o síndrome de estasis gástrica y en los estados de hipersecreción ácida), 2) cuando el contenido gástrico está situado cerca de la unión gastroesofágica (por decúbito, inclinación hacia delante o hernia hiatal) y 3) cuando aumenta la presión gástrica (por obesidad, embarazo, ascitis y cinturones u otras prendas muy ceñidos). El ácido refluido en el esófago es neutralizado por la saliva lo que incrementa el tiempo de exposición del esófago al ácido. Si el material refluido llega hasta el esófago cervical y supera el esfínter superior, puede penetrar en faringe, laringe y tráquea.^(3, 4)

Los factores de riesgo podemos agruparlos por: *Alimentación y estilo de vida*: IMC alto, consumo de grasa en la dieta, bebidas carbonatadas, la cafeína, el consumo de alcohol, el tabaquismo; *Medicamentos*: el tratamiento de las comorbilidades como antagonistas de los canales del calcio, anticolinérgicos y antiinflamatorios no



esteroideos (AINE), los bisfosfonatos, antibióticos, benzodiazepinas, dopamina, nicotina, nitratos, teofilina, estrógenos, glucagón prostaglandinas y los suplementos de potasio; *Embarazo*: paridad y duración del embarazo, edad materna, *Comorbilidades*: diabetes, síndrome metabólico, enfermedades cardiovasculares y apnea del sueño., coexiste con frecuencia con otros síndromes gastrointestinales como el síndrome del intestino irritable. El asma y la hiperactividad bronquial durante la niñez y la adolescencia predisponen al desarrollo de ERGE.⁽⁴⁾

A nivel mundial, la clasificación de Montreal es la más utilizada, se divide en dos grupos: los síndromes esofágicos y los extraesofágicos. Los síndromes esofágicos se subdividen en los que se caracterizan por ser sintomáticos, como la ERNE y dolor torácico no cardíaco, y en los que presentan lesiones visibles por endoscopia identificadas como: ERNE, ERGE erosiva y esófago de Barrett. En cuanto a los síndromes extraesofágicos, se subdividen en aquellos donde el ERGE se relaciona con el síntoma: síntomas respiratorios y erosiones dentales, y en aquellos en los que no se ha logrado apoyar la relación entre la ERGE y el síntoma, como faringitis, sinusitis, otitis media recurrente y fibrosis pulmonar.⁽⁵⁾

El estudio DIGEST estimó que los síntomas de ERGE tienen una prevalencia de 7.7%, la pirosis se presenta en un 13.5%, regurgitación 10.2%. En Latinoamérica existe revisión sistemática realizada en el 2011 que evaluó los estudios de prevalencia e identificó 8 estudios: 1 en Argentina, 5 en Brasil y 2 de México, la prevalencia fue de 31.3%.⁽⁵⁾

De acuerdo a la encuesta del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), los casos nuevos de enfermedades de tubo digestivo donde engloba Enfermedades de Reflujo gastroesofágico, úlceras, gastritis y duodenitis registrados en las instituciones del sector salud en el año 2015 se reportaron un total de 27,014, IMSS 4,585, ISSSTE 4921, PEMEX 594, SEDENA 2, SEMAR 65, IMSS PROSPERA 2, SSA 2,957; En el año 2016 se reportaron un total de 28,927, IMSS 4,357, ISSSTE 5,122, PEMEX 599, SEDENA , SEMAR 8, IMSS PROSPERA 0, SSA 15,749; En el año 2017 se reportaron un total de 31,954, IMSS 5,011, ISSSTE 5,015,



PEMEX 581, SEDENA 51, SEMAR 11, SSA 13,156; En esta estadística se observó un aumento anual de 4, 940 casos desde el año 2015 al 2017, aumentando los casos en el IMSS de 426 casos desde el 2015 al 2017. ⁽⁵⁾

Los Síntomas típicos de ERGE son pirosis y regurgitación, la tos crónica, el asma, la laringitis crónica, o algunos desordenes respiratorios altos son denominados síntomas extraesofágicos y dentro de los síntomas atípicos se incluyen dispepsia, dolor epigástrico, distensión, eructos o náuseas, el dolor retroesternal o la disfagia pueden considerarse como síntomas de ERGE complicada con estenosis o desordenes motores del esófago e incluso de malignidad.⁽⁶⁾

El artículo Factores de riesgo y asociados al SAOS de Pérez Moya S. en el año 2017 indica que la ERGE es considerada como un factor riesgo para SAOS ya que produce alteraciones en grosor y longitud lingual, lengua saburral, surcada, indentada y fisurada y alteraciones en la morfología maxilar: hipotonía maxilar.^(7, 8)

Se ha encontrado que el dolor torácico de origen no cardíaco si no de origen esofágico es la más frecuente en un 60%, ya que produce limitaciones en las actividades diarias, teniendo un impacto negativo en la calidad de vida. ⁽⁹⁾

La diabetes es uno de los mayores factores de riesgo para enfermedades gastrointestinales, incluyendo la ERGE. Faria *et al.*, evaluaron los síntomas de ERGE en pacientes brasileños con DM1 utilizando los criterios de ROMA III, confirmado con evaluación endoscópica y patología, encontraron una elevada frecuencia de infección por *H. Pylori*, así como incremento en la prevalencia de síntomas de ERGE en pacientes con DM1 en comparación con controles sanos y una posible correlación con HbA1c y otros parámetros de control glucémico y antropometría.^(10, 11)

Rara vez la enfermedad por reflujo gastroesofágico es causa de sangrado de tubo digestivo alto, se encuentra asociado a Cáncer esofágico.⁽¹¹⁾



El diagnóstico está basado en síntomas típicos de la ERGE: pirosis y regurgitaciones, la presencia de síntomas dos o más veces por semana en un paciente joven menor de 50 años sin datos de alarma, establece el diagnóstico presuntivo, les está recomendada una prueba terapéutica con IBP a dosis doble por un mínimo de 2 semanas y se considera positiva cuando la mejoría de los síntomas es superior al 50%. La endoscopia es útil para la detección de las complicaciones como esofagitis, estenosis, EB y adenocarcinoma. Está indicada en casos de ERGE de más de 5 años de evolución.⁽¹²⁾

Los enfoques de tratamiento de la ERGE incluyen intervenciones del estilo de vida, como pérdida de peso, elevación de la cabecera de la cama y evitar ingestas 2 a 3 horas antes del horario de sueño, evitar el tabaco, el consumo de alcohol, chocolate, cafeína, alimentos picantes, y cítricos. y farmacoterapia: el propósito es reducir la secreción ácida del estómago, con antagonistas de los receptores H₂ o con Inhibidor de Bomba de Protones (IBP); la dosis de omeprazol a 40 mg/día mejora al 80% de estos pacientes dentro de un periodo de 12 semanas. Los procinéticos aumentan la presión del EEI, mejorando el vaciamiento gástrico y la peristalsis. la cisaprida a dosis de 10 mg cuatro veces/día o 150 mg de ranitidina dos veces/día demostraron una eficacia similar para disminuir los síntomas de la ERGE.^(13, 14)

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.⁽¹⁵⁾

La OMS, en Ginebra, en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para calidad de vida: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.⁽¹⁵⁾

La calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado, como ya se comentó anteriormente, como sinónimo de estado de salud percibido de una persona, con el objetivo principal de valorar si una enfermedad o condición crónica y sus síntomas interfieren con su desempeño en la vida diaria.⁽¹⁵⁾



En muchas ocasiones se realizan recomendaciones de cambio de estilo de vida a los pacientes, pero muy pocos las llevan a cabo. Los motivos de la resistencia para realizar estos cambios son múltiples, ya que influyen factores sociales, culturales e individuales. Es importante fomentar estilos de vida saludables en la población en todos los niveles de atención de la salud, especialmente en el primer nivel de atención, el cual brinda atención médica a la mayor parte de la población. ⁽¹⁶⁾

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud es cada vez más relevante como una manera de estudiar la salud de la población en la atención primaria conlleva una serie de retos importantes, especialmente debido a las condiciones de medición: la falta de tiempo, de espacios tranquilos para la implementación de los cuestionarios y la gran variedad de pacientes de características sociodemográficas y afecciones muy distintas. Para la medición de la CVRS en condiciones habituales de práctica clínica en atención primaria. ⁽¹⁷⁾

La versión al español del cuestionario QOLRAD ha sido extensamente documentada en estudios internacionales en pacientes con pirosis, así como la valoración del impacto del ERGE sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). ⁽¹⁸⁾



3. JUSTIFICACIÓN

El Dr. José Manuel Caamaño, durante el XI Congreso Gastro Summit LATAM 2018 mencionó a la ERGE como el conjunto de síntomas resultantes del reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, la cavidad oral o los pulmones. La misma incluso, no solo impacta al paciente de forma directa, sino que en ocasiones genera síntomas adicionales aparte del esófago. En las últimas décadas la incidencia de esta enfermedad está en crecimiento, en América Latina es de 20%.

Esta enfermedad tiene como consecuencia un incremento en la tasa de complicaciones, en los costos en salud y frecuente puede ocasionar una importante afectación en la calidad de vida por la repercusión funcional que ocasiona al paciente. Se requiere conocer cuáles son los factores que afectan la calidad de vida del paciente con ERGE, desde la manifestación de síntomas extra esofágicos que preocupan al paciente de tener otras patologías ya sea de origen cardiaco o pulmonar, hasta el aumento del consumo de medicamentos para aliviar la sintomatología esofágica y gástrica como la pirosis.

Según el estudio “Consumo de Recursos Sanitarios y pérdida de productividad en la enfermedad por reflujo gastroesofágico: resultados de un estudio transversal en el ámbito de la atención primaria en España”, del año 2011, refiere que se asoció una reducción de la productividad en un 15% en el trabajo y un 16% en las actividades de la vida diaria. Las pérdidas de productividad totales fueron de 17%. Este trabajo especifica que la utilización de recursos sanitarios, en las consultas por ERGE en la atención primaria fue elevada,

Comparando esta información con el estudio “Factores de riesgo asociados a recaída de enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes de primer nivel de atención exitosamente tratados con inhibidor de bomba de protones” del año 2017, refiere que la recaída y la demanda de los pacientes con ERGE que ya habían recibido un tratamiento largo de IBP durante 12 semanas fue alta, en un total de 74 pacientes estudiados el 66% (n=45) presentaron persistencia de la sintomatología y mayor



demanda de atención médica primaria, así como el mayor consumo de recursos médicos.

Por lo tanto, el aumento del uso de recursos de atención médica y la pérdida de productividad laboral en los pacientes con ERGE y dificultades para dormir contribuyen a un incremento de la carga económica a causa de esta enfermedad.

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 de primer nivel de atención de Villahermosa, Tabasco, con la aplicación de los cuestionarios específicos, con los cuales identificamos los factores que más afectan la calidad de vida del paciente con ERGE y poder ofrecer una atención integral en el primer nivel de atención.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico se considera una enfermedad a nivel mundial, de origen multifactorial, el estudio internacional DIGEST5 ha estimado una prevalencia en Latinoamérica de pacientes que varía entre el 10% y el 20% y una prevalencia de los síntomas de un 7.7%, siendo la pirosis el síntoma más frecuente en un 13.5%.

Es considerada como uno de los trastornos digestivos más comunes que afecta la calidad de vida relacionada con la salud.

En el estudio de Degl' Innocenti y colaboradores del 2016, a través del cuestionario Quality of Life in Reflux and Dyspepsia (QOLRAD) para evaluar el nivel de distrés emocional de los pacientes, alteraciones del sueño, problemas para comer y beber, limitaciones en el funcionamiento físico y social, demostró que al presentar mejoría en la vitalidad, mayor era la probabilidad de satisfacción con el tratamiento, pero pese a la disponibilidad de tratamientos muy efectivos para la ERGE, las encuestas realizadas en la población muestran que al menos un tercio de los sujetos que toman medicación para la ERGE no están satisfechos con su tratamiento.

A nivel nacional el estudio SIGAME I (Síntomas Gastrointestinales en México), reporta que en México, la epidemiología de ERGE en el municipio de Tlaxcala con el uso del cuestionario Roma II aplicado en 500 personas reportó que el 19.6% presenta esta enfermedad. En la CDMX en un total de 40 pacientes, se reportó que a un 40% de estos se les realizó endoscopia confirmando que un 29.2% el diagnóstico de ERGE.

El estudio Peralta-Pedrero utilizó el cuestionario Carlsson-Dent a 400 personas mayores de 60 años en primer nivel de atención, demostró que el 25% presentaba ERGE. Con base a estos estudios se establece la prevalencia de ERGE entre un 19.6% y un 40% a nivel nacional del año 2005 al 2013.



Se realizó el estudio SIGAME II hasta el año 2017, donde se evaluaron 1,000 casos en el período comprendido entre enero y mayo de 2017, de 925 pacientes (71% mujeres), 106 (11%) presentaron ERGE. De estos, 85 pacientes acudieron principalmente por síntomas de reflujo (58% reportaron pirosis); 104 (98%) pacientes ya se encontraban en tratamiento con IBP y con persistencia de síntomas de ERGE.

Las enfermedades gastrointestinales pueden afectar a personas de cualquier edad y condición social. En México, la dispepsia (gastritis) que se manifiesta a través de una variedad de síntomas tales como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, eructos, náusea o vómitos de manera continua o intermitente, tiene una prevalencia del 12%. El panorama epidemiológico y con ello la morbilidad en México, se han modificado desde mediados del siglo pasado con la presencia de un número cada vez mayor de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles; en cuarto lugar se encuentran las úlceras, gastritis, enfermedad de reflujo gastroesofágico y duodenitis con un total de casos acumulados de 28,549 que corresponde a una tasa de morbilidad del 1,163.23. La fuente de estos datos corresponde al: Sistema Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUAVE), calculada con la población estimada a partir de la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010 y de las Proyecciones de la Población de los municipios de México 2010-2030, CONAPO, por 100,000 Habitantes.

Se conocen pocos estudios sobre las alteraciones en la calidad de vida de paciente con ERGE, este estudio que se realizó en la UMF No. 39 de Villahermosa, Tabasco, nos ayudara a identificar como los síntomas afectan de manera directa la vida diaria del paciente, y con el crear estrategias de manejo integral a nuestros pacientes.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida del paciente con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en el primer nivel de atención?



6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en la Unidad de Medicina Familiar No. 39 del primer nivel de atención en Villahermosa, Tabasco

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar las características sociodemográficas del paciente con ERGE
2. Correlacionar la calidad de vida con variables sociodemográficas.
3. Evaluar la calidad de vida en pacientes que presentan ERGE



7. HIPOTESIS

7.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

La Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico tiene repercusiones en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

7.2 HIPOTESIS NULA

La Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico no tiene repercusiones en la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

7.3 HIPOTESIS ALTERNA

A mayor presencia en la frecuencia de síntomas de la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico menor es la calidad de vida en los pacientes que la padecen.



8. MATERIALES Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio Descriptivo y Analítico.

Se llevará a cabo en el periodo de Julio del 2020 a Noviembre del 2020.

8.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

Está basado en todos los pacientes con diagnóstico de ERGE adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 39 correspondiente al primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco. El tamaño del universo es de 131 pacientes.

8.3 TEMPORALIDAD

El trabajo de investigación se efectuará con datos obtenidos durante el periodo comprendido del 01 de Julio del 2020 a Noviembre del 2020. El procesamiento de datos se realizara en Agosto y Septiembre del 2020, el Análisis de datos en Octubre del 2020. Se estima tener el resultado final en Febrero del 2020.

8.4 EMPLAZAMIENTO

Este estudio de investigación se realizara en la Consulta externa Unidad de Medicina Familiar No. 39 correspondiente al primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco.

8.5 MUESTRA Y MUESTREO

Este estudio será basado en un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

El control de calidad de la recolección de la muestra se llevara a partir de la identificación de los pacientes que acudan a la consulta externa de la UMF 39, de Villahermosa, Tabasco, previamente diagnosticados con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, que accedan realizar el estudio a través de la firma del consentimiento informado



8.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra en este estudio descriptivo, se empleara la siguiente formula:

$$n = \frac{N (Z^2) (pq)}{\delta^2 (N-1) + Z^2 (pq)}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra.

N= Tamaño de la población.

Z= Se utiliza 1.96 como constante, asegura que estamos dentro de los límites de error en 95% de los casos y como factor asegura error del 99% de los casos.

p= Proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia

q= Proporción de la población de referencia que no representa el fenómeno de estudio.

La suma de p y q siempre debe dar 1.

δ^2 = Es el límite de error o la diferencia aceptada entre el promedio poblacional y el promedio de la muestra 5% (0.05) o 10% (0.1) siendo el valor máximo permisible entre el valor verdadero promedio y el que se obtendrá de la muestra.

Desglose de la fórmula:

$$n = \frac{N (Z^2) pq}{\delta^2 (N-1) + Z^2 (pq)}$$

$$n = \frac{201 (1.96^2) (0.40)(0.60)}{0.05^2 (201-1) + 1.96^2 (0.40)(0.60)}$$

$$n = \frac{201 (3.8416) (0.24)}{0.0025 (200) + 3.8416(0.24)}$$

$$n = \frac{772.1616 (0.24)}{0.5 + 0.921984}$$

$$n = \frac{185.318784}{1.421984}$$

$$n = \mathbf{130.324099}$$

Por cuestiones de redondeo se utilizara el tamaño de la muestra de 131.



8.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN

8.7.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes previamente diagnosticados Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico
- Los que firmen consentimiento informado
- Adscritos a la Unidad de Medicina Familiar seleccionada como lugar del estudio.

8.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no asisten a citas médicas de seguimiento

8.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Que no deseen participar en la investigación.
- A las encuestas respondidas en menos del 80%

8.8 DEFINICIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

Variable Independiente

Edad, Género

Variable Dependiente

Calidad de vida, Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, ocupación, escolaridad, talla, peso, IMC, circunferencia de cintura, toxicomanías, consumo de alimentos irritantes, ayuno, estrés, ingesta de medicamentos



8.9 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Cuestionario de calidad de vida en reflujo y dispepsia (QOLRAD) Diseñado en 1998 por investigadores del Astra Hässle AB, Mölndal, para la evaluación de la Calidad de Vida (CV) en pacientes con ERGE y dispepsia. Ha sido ampliamente validado y se encuentra traducido a varios idiomas.

Incluye 25 ítems combinados en 5 dimensiones: estrés emocional, alteraciones del sueño, vitalidad, problemas con comidas y bebidas y función física/social.

A cada ítem se le asigna un puntaje entre 1 y 7, de la siguiente manera:

7 puntos asintomáticos; 6 puntos, ligero impacto en la calidad de vida; 5 puntos, leve impacto en la calidad de vida; 4 puntos, moderado impacto en la calidad de vida; 3 puntos síntomas moderadamente graves; 2 puntos, con síntomas graves; 1 punto, síntomas muy graves.

Cuenta con validación de constructo (estudiada con constructos similares: SF-36 y GSRs). La fiabilidad y validez 12 y la sensibilidad 4 del QOLRAD ha sido extensamente documentada en estudios internacionales en pacientes con pirosis, así como la valoración del impacto del ERGE sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Se medirá a través de la Escala de Likert, un tipo de escala usada habitualmente para medir actitudes.



9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio de investigación será desarrollado con previo acuerdo de los pacientes que formen parte del universo de estudio.

Los procedimientos propuestos se encontraron de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que tuvo con la seguridad y bienestar de los pacientes se respetó cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, Capítulo 1, artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustara a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal. Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y apegados a este reglamento, la investigación se clasificó en la siguiente categoría:

Categoría II. Investigación con riesgo mínimo: ya que se trata de un estudio comparativo y transversal, en el cual se realizarán procedimientos comunes de medición de la presión arterial y preguntas dirigidas al paciente en estudio



Este estudio de investigación será enviado a la plataforma SIRELCIS (Sistema de Registro Electrónico de investigación en Salud) para su revisión en el mes de Julio del año en curso, la recolección de datos se realizara en el mes de Julio a Agosto del 2020, el análisis se realizara en Octubre del 2020 y el resultado final en Noviembre del 2020.

Esta investigación no proporciona riesgo a la salud. y no perjudicara ni intervendrá en el tratamiento médico actual del paciente a estudiar.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. RESULTADOS

10.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ERGE

Tabla 1. Edad y Género de los pacientes con ERGE del IMSS

Grupo de Edad	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
20 - 29 años	2	1.5	5	3.8	7	5.3
30 - 39 años	7	5.3	17	13.0	24	18.3
40 - 49 años	15	11.5	30	22.9	45	34.4
50 - 59 años	14	10.7	29	22.1	43	32.8
60 - 69 años	4	3.1	8	6.1	12	9.2
Total	42	32.1	89	67.9	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

La tabla 1 muestra la clasificación de los pacientes por grupo de edad y por género, en donde el 32.1% (n=42) representa a la población masculina estudiada y el 67.9% (n=89) representa a la población femenina.

El rango de edad de la población masculina estudiada a partir de los 20 años a los 69 años de edad, observamos una prevalencia el 11.5% (n=15) entre los 40 a 49 años, 10.7% (n=14) entre los 50 a 59 años, 5.3% (n=7) entre los 30 a 39 años, 3.1% (n=4) entre los 60 a 69 años de edad, 1.5% (n=2) entre los 20 a 29 años de edad.

El rango de edad de la población femenina estudiada a partir de los 20 años a los 69 años de edad, observamos una prevalencia del 22.94% (n=30) entre los 40 a 49 años de edad, 22.1% (n=) entre los 50 a 59 años de edad, 13% (n=17) entre los 30 a 39 años de edad, 6.1% (n=8) entre los 60 a 69 años de edad, 3.8% (n=5) entre los 20 a 29 años de edad.

Observamos un 34.4% (n=131) entre los 40 a 49 años de edad, 32.8% (n=43) entre los 50 a 59 años de edad, 18.3% (n=24) entre los 30 a 39 años de edad, 9.2% (n=12) entre los 60 a 69 años de edad, 5.3% (n=7) entre los 20 a 29 años de edad. Identificando la prevalencia de ERGE entre un rango de edad de 40 a 49 años de edad.



Tabla 2. Ocupación de los pacientes con ERGE del IMSS

Ocupación	f	%
Campo	1	.8
Chofer	3	2.3
Comerciante	3	2.3
Empleado (a)	74	56.5
Estudiante	6	4.6
Ingeniero	1	.8
Jefe de piso	1	.8
Jubilado	7	5.3
Labores del hogar	16	12.2
Medico	7	5.3
Medico Estudiante	1	.8
Ninguna	1	.8
Profesionista	7	5.3
Residente	1	.8
Residente medica	1	.8
Secretaria	1	.8
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la ocupación de los pacientes con ERGE que forman parte de este estudio de investigación.

Encontrando un 56.5% (n=74) corresponden a empleados, 12.2% (n=16) corresponde a labores del hogar, 5.3% (n=7) corresponde a profesionistas, 5.3% (n=7) son médicos, el 4.6% (n=6) corresponde a estudiantes, el 23.3% (n=3) corresponde a comerciantes, el 23.3% (n=3) corresponde a chofer, el 0.8% (n=1) corresponde a labores en el campo, el 0.8% (n=1) corresponde a ingeniero, el 0.8% (n=1) corresponde a jefe de piso, el 0.8% (n=1) corresponde a jubilado, el 0.8% (n=1) corresponde a estudiante de medicina, el 0.8% (n=1) corresponde a residente, el 0.8% (n=1) corresponde a residente médica, el 0.8% (n=1) corresponde a secretaria, el 0.8% (n=1) sin ocupación actual.

Finalmente en esta tabla observamos que más del 50% de los encuestados de este estudio son población económicamente activa.



Tabla 3. Religión de los pacientes con ERGE del IMSS

Religión	f	%
Católica	79	60.3
Testigo de Jehová	1	.8
Adventista	1	.8
Pentecostés	7	5.3
Cristiana	21	16.0
Ninguna	22	16.8
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla de recolección de datos observamos que el 60.3% (n=79) pertenecen a religión católica, el 16.8% (n=22) no profesan ninguna religión, el 16% (n=21) son de religión cristiana, el 5.3% (n=7) son de religión pentecostés, el 0.16% (n=2) corresponde a testigo de jehová y adventista.

Tabla 4. Escolaridad de los pacientes con ERGE del IMSS

Escolaridad	f	%
Primaria Completa	13	9.9
Primaria Incompleta	2	1.5
Secundaria Completa	8	6.1
Secundaria Incompleta	1	.8
Bachillerato completo	40	30.5
Bachillerato Incompleto	6	4.6
Carrera técnica	11	8.4
Licenciatura	48	36.6
Posgrado	2	1.5
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Esta tabla corresponde a la escolaridad de los pacientes estudiados, en donde observamos el 36.6% (n=48) con licenciatura, 30.5% (n=40) corresponde a bachillerato completo, el 9.9% (n=13) con primaria completa, el 8.4% (n=11) con carrera técnica, el 6.1% (n=8) con secundaria completa, el 4.6% (n=6) con bachillerato incompleto, el 1.5% (n=2) con posgrado, el 1.5% (n=2) con primaria incompleta y finalmente el 0.8% (n=1) con secundaria incompleta.



Tabla Estado nutricional de los pacientes con ERGE del IMSS 5.

Estado Nutricional	f	%
Peso Bajo	1	.8
Normal	6	4.6
Sobrepeso	47	35.9
Obesidad 1er Grado	53	40.5
Obesidad 2do Grado	17	13.0
Obesidad 3er Grado	7	5.3
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla identificamos al 40.5% (n=53) con obesidad de primer grado, el 35.9% (n=47) con sobrepeso, el 13% (n=17) corresponde a pacientes con obesidad de segundo grado, el 5.3% (n=7) con obesidad de tercer grado, el 4.6% (n=4.6) con peso normal y el 0.8% (n=1) con peso bajo.

Tabla 6. Antecedente heredofamiliar de ERGE de los pacientes del IMSS

¿Tiene antecedentes familiares de Enfermedad de reflujo Gastroesofágico?	f	%
Si	55	42.0
No	76	58.0
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla se identifica al 42% (n=55) tiene antecedente heredofamiliar de ERGE, el 58% (n=76) corresponde a pacientes sin antecedente heredofamiliar de primera línea genética con ERGE.



Tabla 7. Línea Genética de primera línea de pacientes con ERGE del IMSS

Especifique que familiar	f	%
No aplica	76	58.0
Madre	32	24.7
Padre	9	6.7
Hermanos	5	3.8
Tíos	5	3.8
Abuelos	4	3
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Observamos en esta tabla al 58% (n=76) sin especificar familiar de primera línea, el 24.7% (n=32) con línea genética materna, el 6.7% (n=9) línea paterna, el 3.8% (n=5) línea genética de hermanos, el 3.8% (n=5) línea genética por tíos, el 3% (n=4) línea genética de abuelos.

Tabla 8. Consumen alimentos irritantes los pacientes con ERGE del IMSS

¿Consume alimentos irritantes?	f	%
Si	129	98.5
No	2	1.5
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 98.5% (n=129) si consumen alimentos irritantes y el 1.5 % (n=2) no consumen alimentos irritantes.



Tabla 9. Alimentos consumidos más frecuentes de los pacientes con ERGE del IMSS

Consumo de alimentos	<i>f</i>	%
Café	78	59.5
Picantes	45	34.4
Condimentos	38	29.0
Chile	33	25.2
Pozol	31	23.7
Refrescos	28	21.4
Fritos	24	18.3
limón	23	17.6
Cerveza	7	5.3
Chamoy	5	3.8

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 59.5% (n=78) consumen café, el 34.4% (n=45) consumen picantes, el 29% (n=38) consumen condimentos, el 25.32% (n=33) consumen chile, el 23.7% (n=31) consumen pozol, el 21.4% (n=28) consumen refrescos, el 18.3% (n=24) consumen alimentos fritos, el 17.6% (n=23) consumen limón, el 5.3% (n=7) consumen cerveza, finalmente el 3.8% (n=5) consumen chamoy. La frecuencia general del consumo de estos alimentos es en promedio de 2-3 veces por semana.

Tabla 10. Los pacientes con ERGE del IMSS consumen medicamentos de uso crónico.

¿Consume medicamentos de manera continua?:	<i>f</i>	%
Si	119	90.8
No	12	9.2
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



En esta tabla observamos que el 90.8% (n=119) consumen medicamentos de uso crónico de manera continua, y el 9.2% (n=12) no consumen medicamentos de uso crónico.

Tabla 11. Medicamentos que consumen los pacientes con ERGE del IMSS

Especifique que medicamentos y con qué frecuencia:	f	%
Inhibidor de bomba de protones	87	66.4
Antagonista de los receptores de angiotensina	29	22.1
Antiulceroso	26	19.8
Analgésico	20	15.3
Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina	19	14.5
Fibrato	17	13.0
Biguanida	17	13.0
Estatina	17	13.0
Bloqueador de los canales de calcio	8	6.1
Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina	6	4.6
Diurético tiazida	5	3.8
Levotiroxina	4	3.1
Antidepresivo tricíclico	3	2.3
Oligosacárido	3	2.3
Bloqueador del receptor Beta	2	1.5

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Observamos en esta tabla que el 66.4% (n=87) consumen inhibidor de bomba de protones (omeprazol), el 22.1% (n=29) consumen Antagonista de los receptores de angiotensina (Losartán), el 19.8% (n=26) consumen Antiulceroso (Sucralfato), el 15.3% (n= 20) consumen Analgésico (Paracetamol), el 14.5% (n=19) consumen Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (Enalapril), el 13% (n=17) consumen Fibrato (Bezafibrato), el 13% (n=17) consumen Biguanida (Metformina), el 13% (n=17) consumen Estatina (Pravastatina), el 6.1% (n=8) consumen Bloqueador de los canales de calcio (Amlodipino), el 4.6% (n=6) consumen Inhibidor de la enzima



convertidora de angiotensina (Captopril), el 3.8% (n=5) consumen Diurético tiazida (Hidroclorotiazida), el 3.1% (n=4) consumen Levotiroxina, el 2.3% (n=3) consumen Antidepresivo tricíclico (Carbamazepina), el 2.3% (n=2) consumen Oligosacárido (Acarbosa) y finalmente el 1.5% (n=2) consumen Bloqueador del receptor Beta (Metoprolol).

Tabla 12. Diagnóstico por Gastroenterología de los pacientes con ERGE del IMSS

¿Ha sido diagnosticado con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico?:	f	%
Si	129	98.5
No	2	1.5
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 98.5% (n=129) tienen un diagnóstico de ERGE establecido por la Especialidad de Gastroenterología, el 1.5% (n=2) tienen un diagnóstico de ERGE establecido por el servicio de medicina familiar.

Tabla 13. Años de diagnóstico de los pacientes con ERGE del IMSS

Años de Diagnostico	F	%
6 meses	1	.8
1.00	14	10.7
2.00	36	27.5
2.60	1	.8
3.00	25	19.1
3.60	1	.8
4.00	26	19.8
5.00	17	13.0
6.00	6	4.6
7.00	4	3.1
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



En esta tabla observamos que el 27.5% (n=36) tienen 2 años de diagnóstico, el 19.8% (n=26) fueron diagnosticados hace 4 años, el 19.1% (n=25) hace 3 años, el 13% (n=17) fueron diagnosticados hace 5 años, el 10.7% (N=14) hace 1 año, el 4.6% (n=6) hace 6 años, el 3.1% (n=4) hace 7 años, el 0.8% (n=1) hace 3 años y 6 meses, el 0.8% (n=1) hace 2 años 6 meses y el 0.8% (n=1) hace 6 meses.

Tabla 14. Estrés en pacientes con ERGE del IMSS

¿Está usted sometido a estrés laboral, escolar o familiar?	f	%
Si	111	84.7
No	20	15.3
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Los resultados de esta tabla muestran que el 84.7% (n=111) de los pacientes con ERGE presentan estrés y el 15.3% (n=20) no están sometidos a estrés.

Tabla 15. Tipo de estrés que presentan los pacientes con ERGE del IMSS

Tipo de estrés	f	%
Familiar	15	11.5
Laboral	96	73.3
No aplica	20	15.3
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla podemos observar que el 73.3% (n=96) presentan estrés de tipo laboral, el 15.3% (n=20) no presentan estrés y el 11.5% (n=15) presentan estrés de tipo familiar.



Tabla 16. Ayuno en los pacientes con ERGE del IMSS

¿Realiza usted algún tipo de ayuno o abstinencia de alimentos?	<i>f</i>	%
Si	41	31.3
No	90	68.7
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Esta tabla demuestra que el 31.3% (n=41) si realiza abstinencia de alimentos y el 68.7% (n=90) no realiza abstinencia de alimentos

Tabla 17. Frecuencia y tiempo de ayuno de los pacientes con ERGE del IMSS

Frecuencia del ayuno	<i>f</i>	%
1 a 2 veces al mes	10	7.6
2 a 3 veces a la semana	12	9.2
Ayuno diario	7	5.3
Ayuno los domingos	2	1.5
No realiza ayuno	100	76.3
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Observamos que el 7.3% (n=100) no realizan ayuno, el 9.2% (n=12) realizan ayuno 2 a 3 veces por semana, el 7.6% (n=10) realizan ayuno 1 a 2 veces por mes, el 5.35% (n=7) realiza ayuno diario y finalmente el 1.5% (n=2) realiza ayuno los domingos.

Tabla 18. Tabaquismo en los pacientes con ERGE del IMSS

¿Fuma?	<i>f</i>	%
Si	41	31.3
No	90	68.7
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



Observamos el 31.3% (n=41) de pacientes estudiados si presentan tabaquismo y el 68.7% (n=90) no presentan tabaquismo.

Tabla 19. Consumo de cigarros por día de los pacientes con ERGE del IMSS

Cigarros por día	F	%
1-2	18	13.7
2-3	2	1.5
3-4	3	2.3
No aplica	108	82.4
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 82.4% (n=108) no fuman, el 13.7% (n=18) consumen 1 a 2 cigarros por día, el 2.3% (n=3) 3 a 4 cigarros por día y el 1.5% (n=2) consumen 2 a 3 cigarros por día.

Tabla 20. Consumo de cigarros por semana de los pacientes con ERGE del IMSS

Cigarros por semana	F	%
1-2	8	6.1
2-3	5	3.8
3-4	5	3.8
No aplica	113	86.3
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Observamos en esta tabla que el 86.3% (n=113) no consumen cigarros, el 6.1% (n=8) consumen 1 a 2 cigarros por semana, el 3.5% (n=5) consumen 2 a 3 cigarros por semana y finalmente el 3.8% (n=5) consumen 3 a 4 cigarros por semana.



Tabla 21. Consumo de bebidas alcohólicas de pacientes con ERGE del IMSS

¿Consumes Alcohol?	f	%
Si	71	54.2
No	60	45.8
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 54.2% (n=71) si consumen bebidas alcohólicas, y el 45.8% (n=60) no consumen bebidas alcohólicas.

Tabla 22. Tipo de bebidas alcohólicas consumidas por los pacientes con ERGE del IMSS

Tipo de alcohol	F	%
Cerveza	66	50.4
Whisky	7	5.3
Vino	7	5.3
Tequila	5	3.8
Alcohol	1	0.8

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 50.4% (n=66) consumen cerveza, el 5.3% (n=7) consumen Whisky, el 5.3% (n=7) Vino, el 3.8% (n=5) Tequila y el 0.8% (n=1) Alcohol.

Tabla 23. Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas de los pacientes con ERGE del IMSS

Frecuencia de consumo	F	%
1-2 veces a la semana	50	38.2
2-3 veces a la semana	5	3.8
1-2 veces al mes	14	10.7
2-3 veces al mes	2	1.5
No aplica	60	45.8
Total	131	100.0



Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 45.8% (n=60) no consumen bebidas alcohólicas, el 38.2% (n=50) consumen 1 a 2 veces por semana, el 10.7% (n=14) 1 a 2 veces por semana, el 3.8% (n=5) 2 a 3 veces por semana, el 1.5% (n=2) lo consumen 2 a 3 veces por mes.

Tabla 24. Consumo de drogas en pacientes con ERGE del IMSS

¿Consume Drogas?	f	%
Si	3	2.3
No	128	97.7
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla se observa el 2.3% (n=3) presenta consumo de drogas, y el 97.7% (n=128) no presentan consumo de drogas.

Tabla 25. Tipo de drogas consumidas por los pacientes con ERGE del IMSS

Tipos de drogas	F	%
Marihuana	3	2.3
No aplica	128	97.7
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 97.7% (n=128) no consumen drogas y el 2.3% (n=3) consumen Marihuana.

Tabla 26. Frecuencia del consumo de drogas de pacientes con ERGE del IMSS

Días por semana	f	%
No aplica	128	97.7
1	1	.8
2	2	1.5
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



En esta tabla observamos que el 97.7% (n=128) no consume drogas, el 1.5% (n=2) consumen drogas 2 veces por semana y el 0.8% (n=1) consumen drogas 1 vez por semana.

10.2 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ERGE

Tabla 27. Calidad de Vida con el instrumento QOLRAD en los pacientes con ERGE del IMSS.

Calidad de Vida QOLRAD	f	%
Buena	36	27.5
Regular	82	62.6
Mala	13	9.9
Total	131	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la calidad de vida con los resultados adquiridos del instrumento QOLRAD aplicado a los sujetos de estudio donde observamos que el 62.6% (n=82) tienen una regular calidad de vida, el 27.5% (n=36) tienen una buena calidad de vida y el 9.9% (n=3) tienen una mala calidad de vida.

Tabla 28. Correlación de las dimensiones del Instrumento QOLRAD y la existencia de síntomas en pacientes con ERGE del IMSS

Dimensiones QOLRAD	Ausencia de Dolor		Síntomas Leves		Síntomas Moderados		Síntomas Severos	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Estrés Emocional	0	0	52	39.7	66	50.4	13	9.9
Alteraciones del sueño	0	0	62	47.3	59	45.0	10	7.6
Vitalidad	2	1.5	49	37.4	71	54.2	9	6.9
Problemas con Comidas/bebidas	0	0	78	59.5	46	35.1	7	5.3
Función física/Social	0	0	16	12.2	54	41.2	61	46.6

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



Observamos que en la dimensión de Estrés emocional el 50.4% (n=66) presentan síntomas Moderados, el 39.7% (n=52) presentan Síntomas Leves, el 9.9% (n=13) presentan síntomas severos.

En la dimensión de alteraciones del sueño observamos que el 47.3% (n=62) presentan síntomas leves, el 45% (n=59) presentan síntomas moderados, el 7.6% (n=10) presentan síntomas severos.

En la dimensión de vitalidad observamos que el 54.2% (n=71) presentan síntomas moderados, el 37.45 (n=49) presentan síntomas leves, el 6.9 % (n=9) presentan síntomas severos y el 1.5% (n=2) sin síntomas.

En la dimensión problemas con las comidas y bebidas se obtuvieron que el 59.5% (n=78) presentan síntomas leves, el 35.1%(n=46) presentan síntomas moderados y el 5.3% (n=7) presentan síntomas severos.

En la dimensión función física y social se observa que el 46.6% (n=61) presentan síntomas severos, el 41.2% (n=54) presentan síntomas moderados y el 12.2% (n=16) tienen síntomas leves.

10.3 CORRELACIONAR LA CALIDAD DE VIDA DEL INSTRUMENTO QOLRAD CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON ERGE

Tabla 29. Correlación entre los antecedentes familiares y la calidad de vida de los pacientes con ERGE del IMSS

¿Tiene antecedentes familiares de Enfermedad de reflujo Gastroesofágico?	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson	
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida						
Si	34	26.0	21	16.0	55	42.0		
No	61	46.6	15	11.5	76	58.0	0.20	-0.204
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0		

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



En esta tabla observamos la correlación entre la calidad de vida del Instrumento QOLRAD con la existencia o no de los antecedentes familiares de Reflujo Gastroesofágico, se determinó que los pacientes que tienen antecedentes heredofamiliares el 26% (n=34) tienen una Mala Calidad de Vida y los pacientes que no tienen antecedentes familiares de ERGE el 46.6% (n=61) tienen una Mala Calidad de Vida y el 11.5% (n=15) tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.20$) entre los pacientes que tienen antecedentes heredofamiliares de ERGE y los que no tienen este antecedente con la Calidad de Vida.

Tabla 30. Correlación de la calidad de vida con los pacientes fumadores y no fumadores con ERGE del IMSS

¿Fuma?	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida				
Si	24	18.3	17	13.0	41	31.3	
No	71	54.2	19	14.5	90	68.7	0.016
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la correlación que existe entre la calidad de vida obtenida con el Instrumento QOLRAD y los pacientes que son fumadores y no fumadores. Determinamos que el 68.7% (n=90) son no fumadores, de los cuales el 54.2% (n=71) tienen una Mala Calidad de Vida, observamos que el 31.3% (n=41) son pacientes fumadores, donde el 18.3% (n=24) tienen una Mala Calidad de Vida y el 13% (n=17) tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.016$) entre los pacientes fumadores y no fumadores con la Calidad de Vida.



Tabla 31. Correlación entre los grupos de edad y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

Grupo de Edad	Calidad de Vida QOLRAD				Total		Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida		Buena Calidad de Vida					
	f	%	f	%	f	%		
20 - 29 años	4	3.1	3	2.3	7	5.3	0.747	0.034
30 - 39 años	19	14.5	5	3.8	24	18.3		
40 - 49 años	34	26.0	11	8.4	45	34.4		
50 - 59 años	30	22.9	13	9.9	43	32.8		
60 - 69 años	8	6.1	4	3.1	12	9.2		
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0		

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la correlación que existe entre los grupos de edad de los pacientes estudiados con la Calidad de Vida obtenida del Instrumento QOLRAD. Observamos que 34.4% (n=45) son del grupo de edad de 40 a 49 años, donde el 26% (n=34) tienen una Mala Calidad de Vida y el 8.4% (n=11) tienen una Buena Calidad de Vida, el 32.8% (n=43) corresponde al grupo de edad de 50 a 59 años donde el 22.9% (n=30) tiene una Mala Calidad de Vida y el 9.9% (n=13) tienen una Buena Calidad de Vida, el 18.3% (n=24) son pacientes del grupo de edad de 30 a 39 años, donde el 14.5% (n=19) tienen una Mala Calidad de Vida y el 3.8% (n=5) tienen una Buena Calidad de Vida, el 9.2% (n=12) corresponde al grupo de edad de 60 a 69 años, donde el 6.1% (n=8) tiene una Mala Calidad de Vida y el 3.1% (n=4) tiene una Buena Calidad de Vida, el 5.3% (n=7) corresponde al grupo de edad de 20 a 29 años, donde el 3.1% (n=4) tienen una Mala Calidad de Vida y el 2.35 (n=3) tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente no significativa ($p=0.747$) entre los grupos de edad, de los pacientes estudiados con la Calidad de Vida.



Tabla 32. Correlación entre el Sexo y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

Sexo	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Masculino	30	22.9	12	9.2	42	32.1	
Femenino	65	49.6	24	18.3	89	67.9	0.848
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la correlación que existe entre el sexo de los pacientes encuestados y la Calidad de Vida obtenida en el Instrumento QOLRAD, determinamos que el 67.9% (n=89) corresponde al sexo femenino donde el 49.6% (n=65) tiene una Mala Calidad de Vida y el 18.3% (n=24) tiene una Buena Calidad de Vida, el 32.1% (n=42) corresponde al sexo masculino, donde el 22.9% (n=30) tiene una Mala Calidad de Vida y el 9.3% (n=12) tiene una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente no significativa ($p=0.848$) entre el sexo de los pacientes estudiados con la Calidad de Vida.



Tabla 33. Correlación entre el estado nutricional y la calidad de vida de los pacientes con ERGE del IMSS

Estado Nutricional	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Peso Bajo	1	0.8	0	0.0	1	0.8	
Normal	4	3.1	2	1.5	6	4.6	
Sobrepeso	35	26.7	12	9.2	47	35.9	
Obesidad 1er Grado	42	32.1	11	8.4	53	40.5	
Obesidad 2do Grado	8	6.1	9	6.9	17	13.0	0.199
Obesidad 3er Grado	5	3.8	2	1.5	7	5.3	0.100
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la correlación entre el Estado Nutricional de los pacientes con ERGE y la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD, determinamos que el 40.5% (n=53) pertenece a los pacientes con obesidad de primer grado, donde el 32.1% (n=42) tiene una Mala Calidad de Vida y el 8.4% (n=11) tiene una Buena Calidad de Vida, el 35.9% (n=47) son pacientes con sobrepeso, donde el 26.7% (n=35) tienen Mala Calidad de Vida y el 9.2% (n=12) tienen una Buena Calidad de Vida, el 13% corresponde a pacientes con obesidad grado 2, donde el 6.9% (n=9) tienen una Buena Calidad de Vida y el 6.1% (n=8) tienen una Mala Calidad de Vida, el 5.3% (n=7) tienen obesidad grado 3, donde el 3.8% (n=5) tienen una Mala Calidad de Vida y el 1.5% (n=2) tienen una Buena Calidad de Vida, el 4.6% (n=6) corresponde a los pacientes con peso normal donde el 3.1% (n=4) tienen una Mala Calidad de Vida y el 1.5% (n=2) tienen una Buena Calidad de Vida, el 0.8% corresponde a pacientes con peso bajo, donde el 0.8% (n=1) tienen una Mala Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.199$) entre el estado nutricional de los pacientes estudiados con ERGE y la Calidad de Vida.



Tabla 34. Correlación entre la Religión y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

Religión	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Católica	56	42.7	23	17.6	79	60.3	
Testigo de Jehová	1	0.8	0	0.0	1	0.8	
Adventista	1	0.8	0	0.0	1	0.8	
Pentecostés	5	3.8	2	1.5	7	5.3	0.612
Cristiana	18	13.7	3	2.3	21	16.0	-0.015
Ninguna	14	10.7	8	6.1	22	16.8	
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos la correlación que existe entre la religión de los pacientes con ERGE y la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD. Determinamos que el 60.3% (n=79) corresponden a pacientes con religión Católica, donde el 42.7% (n=56) tienen una Mala Calidad de Vida y el 17.6 % (n=23) tienen una Buena Calidad de Vida, el 16.8% corresponde a pacientes sin religión donde el 10.7% (n=14) tienen una Mala Calidad de Vida y el 6.1% (n=8) tienen una Buena Calidad de Vida, el 16% son de religión Cristiana, donde el 10.7% (n=14) tienen una Mala Calidad de Vida y el 6.1% (n=8) tienen una Buena Calidad de Vida, el 5.3% son pacientes de religión Pentecostés, donde el 3.8% (n=5) tienen una Mala Calidad de Vida y el 1.5% (n=2) tienen una Buena Calidad de Vida, el 0.8% (n=1) corresponde a testigo de Jehová con Mala Calidad de vida, y finalmente el 0.9% (n=1) corresponde a paciente de Religión Adventista con Mala Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente no significativa ($p=0.612$) entre la Religión de los pacientes estudiados con ERGE y la Calidad de Vida.



Tabla 35. Correlación entre el consumo de alimentos irritantes y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

¿Consumen alimentos irritantes?	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Si	94	71.8	35	26.7	129	98.5	
No	1	0.8	1	0.8	2	1.5	0.472
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Observamos en esta tabla la correlación existente entre los pacientes con ERGE que consumen alimentos irritantes y los que no consumen alimentos irritantes con la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD. Identificamos que el 98.5% (n=12) si consumen alimentos irritantes, de los cuales el 71.8% (n=94) tienen una Mala Calidad de Vida y el 26.7% (n=35) tienen una Buena Calidad de Vida, el 1.55 (n=2) no consumen alimentos irritantes, de los cuales el 0.8% (n=1) tiene Mala Calidad de Vida y el 0.8% (n=1) tiene Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente no significativa ($p=0.472$) entre los pacientes que consumen alimentos irritantes y los que no consumen alimentos irritantes que tienen ERGE y la Calidad de Vida.



Tabla 36. Correlación entre el Consumo de Medicamentos y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

¿Consumen medicamentos de manera continua?	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Si	85	64.9	34	26.0	119	90.8	
No	10	7.6	2	1.5	12	9.2	0.379
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

Observamos en esta tabla la correlación que existe entre los pacientes que consumen medicamentos continuamente y los que no los consumen con la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD. Identificamos que el 90.8% (n=119) si consume medicamentos de manera continua, de los cuales el 64.9% (n=85) tienen una Mala Calidad de Vida y el 26% (n=34) tienen una Buena Calidad de Vida, el 9.2% (n=12) no consumen medicamentos de manera continua, de los cuales el 7.6% (n=10) tienen una Mala Calidad de Vida y el 1.5% (n=2) tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente no significativa (p=0.379) entre los pacientes que consumen y los que no consumen medicamentos de manera continua y la Calidad de Vida.



Tabla 37. Correlación entre los Años de diagnóstico y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

Años de Diagnóstico (agrupado)	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
<= 3 años	60	45.8	17	13.0	77	58.8	
4 a 7 años	35	26.7	19	14.5	54	41.2	0.098
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 58.8% de los pacientes tienen menor o igual a 3 años de diagnóstico de ERGE, de los cuales el 45.8% (n=60) tienen Mala Calidad de Vida y el 13% (n=17) tienen Buena Calidad de Vida, el 41.2% (n=54) representa a los pacientes entre 4 a 7 años de diagnóstico de ERGE, de los cuales el 26.7% (n=35) tienen Mala Calidad de Vida y el 14.5% (n=19) tienen Buena Calidad de Vida. Se identificó una asociación estadísticamente significativa (p=0.098) entre los años de diagnóstico de ERGE y la Calidad de Vida.

Tabla 38. Correlación entre el Estrés y la Calidad de Vida de pacientes con ERGE del IMSS

¿Está usted sometido a estrés laboral, escolar o familiar?	Calidad de Vida QOLRAD				Total	Valor de P	Rpearson
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Si	79	60.3	32	24.4	111	84.7	
No	16	12.2	4	3.1	20	15.3	0.416
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.



Observamos en esta tabla de contenido la correlación entre la existencia del estrés y la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD. Determinamos que el 84.7% (n=111) están sometidos a estrés, de los cuales el 60.3% (n=79) tienen Mala Calidad de Vida y el 24.4% (n=32) tiene una Buena Calidad de Vida, el 15.3% (n=20) no están sometidos a estrés, de los cuales el 12.2% (n=16) tienen una Mala Calidad de Vida y el 3.1% (n=4) tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente no significativa ($p=0.663$) entre pacientes que están y no están sometidos a Estrés y la Calidad de Vida.

Tabla 39. Correlación entre el Consumo de Alcohol y la Calidad de Vida de los pacientes con ERGE del IMSS

¿Consumo Alcohol?	Calidad de Vida QOLRAD		Total	Valor de P	Rpearson		
	Mala Calidad de Vida	Buena Calidad de Vida					
Si	51	38.9	20	15.3	71	54.2	
No	44	33.6	16	12.2	60	45.8	0.848
Total	95	72.5	36	27.5	131	100.0	-0.017

Fuente: Cuestionario aplicado en 131 pacientes.

En esta tabla observamos que el 54.2% (n=71) Sí consumen bebidas alcohólicas, de los cuales el 38.9% (n=51) tienen una Mala Calidad de Vida y el 15.35% (n=20) tienen una Buena Calidad de Vida, el 45.8% (n=60) No consumen bebidas alcohólicas, de los cuales el 33.6% (n=44) tienen una Mala Calidad de Vida, y el 12.2% (n=16) tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificó una asociación estadísticamente significativa ($p=0.848$) entre los pacientes que consumen y los que no consumen bebidas alcohólicas y la Calidad de Vida.



11. DISCUSIÓN

Los objetivos logrados en este estudio permitieron identificar los efectos en la calidad de pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en primer nivel de atención de salud.

El estudio de Síntomas Gastrointestinales en México (SIGAME) 2015 (3):7-29. Determino la prevalencia de los trastornos y síntomas gastroesofágicos, duodenales y anorrectales en población abierta de México. De acuerdo con el censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI), evaluó un total de 3,928 sujetos, 2,227 mujeres (56.7%) y 1,698 hombres (43.3%). Determinaron la prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico en las últimas 2 semanas: 2,435 (62%) señalaron tener agruras durante el día en las últimas dos semanas y 2,150 reportaron reflujo gástrico durante la noche (54.8%), la intensidad de las diurnas se reportaron como muy leves o leves en 1,778 personas (45.3%), moderadas en 458 (11.7%) y severas o muy severas en 199 (5.07%). Las nocturnas en 2,150 personas (54.7%) de intensidad leve en 15,28 (38.9%), moderada en 431 (11%), severa en 191 (4.86%)

De acuerdo a los resultados de esta encuesta la ERGE es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país, que se presenta con regurgitaciones como principal síntoma, seguido de pirosis y de sabor amargo en la boca.

La calidad de vida se afecta de forma considerable en los pacientes mexicanos que sufren de ERGE.

Se estudiaron las distintas variables sociodemográficas y las dimensiones del Instrumento de Investigación QOLRAD para Reflujo y Dispepsia relacionado con la Calidad de la Salud, así como la correlación con las variables bivariadas.

Se estudiaron un total de 131 pacientes con un rango de edad de 20 a 69 años, con una mediana de 44.5 años. Con esta variable sociodemográfica y su correlación con la Calidad de Vida obtenida en el instrumento QOLRAD, determinamos que el 34.45%



de los pacientes se encuentran en un rango de edad de 40 a 49 años, de los cuales el 26% que corresponde a 34 sujetos de estudio, tienen una Mala Calidad de Vida, y el 8.4% que corresponden da 11 sujetos de estudio, tienen una Buena Calidad de Vida, así mismo el 5.3% de los pacientes estudiados se encontraron en un rango de edad de 20 a 29 años en donde el 3.1% representa a 4 pacientes con Mala Calidad de Vida y el 2.3% representados por 2 sujetos de estudio representan la Buena Calidad de Vida.

En este estudio observamos que de acuerdo a la distribución por sexos de todos los participantes, predomina el sexo femenino con un 67.9% (n=89) y el sexo masculino con un 22.9% (n=30) y su correlación con la Calidad de Vida es representada en el sexo femenino con un 49.6% correspondiente a 65 sujetos de estudio con Mala Calidad de Vida y el 18.3% correspondiente a 24 sujetos de estudio con Buena Calidad de Vida. Concordamos con el proyecto "Factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de gastroenterología del hospital central de la policía nacional del Perú Luis N. Sáenz en el año 2018 del autor Sonia Indacochea Caceda, se encontró asociación estadísticamente significativa entre el factor sexo y ERGE, donde las mujeres presentan 2.28 veces mayor riesgo de presentar ERGE que los pacientes del sexo masculino, la atención fue mayor en el sexo femenino en un 39.7% vs 22.4% del sexo masculino.

La ocupación de los sujetos de estudio se determinó a través de la variable sociodemográfica ocupación, donde se observó que el 81.8% de los sujetos de estudio son económicamente activos, el 5.3% correspondiente a 7 sujetos reciben una pensión, el 12.2% correspondiente a 16 sujetos de estudio se dedican a los labores del hogar, el 5.4% son estudiantes correspondientes a 7 Estudiantes y el 0.8% correspondiente a 1 sujeto de estudio no tiene actividad laboral. El 100% de los sujetos de estudio para esta tesis son adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social para recibir atención médica ante la presencia de síntomas de Reflujo Gastroesofágico



La escolaridad de los sujetos de estudio representa como variable sociodemográfica de acuerdo a la correlación de la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD no tiene significancia estadística, destaco que el 100% de los pacientes estudiados cursaron con algún grado de estudio, el 38.1% de ellos cursaron con un estudio de Licenciatura y postgrado.

De los 131 pacientes estudiados en su estado nutricional y la Calidad de Vida QOLRAD se destacó que el 72.5% tiene una mala calidad de vida, donde el 26.7 de 35 sujetos de estudio tienen obesidad de primer grado, el 26.7% correspondiente a 35 pacientes tienen sobrepeso, el 6.1 % corresponde a 8 pacientes con obesidad grado 2, el 3.8% determinado por 5 pacientes con obesidad grado 3, el 3.1% correspondiente a 4 sujetos de estudio tienen peso normal y finalmente el 0.8% correspondiente a 1 paciente tiene peso bajo.

El 27.5% de los sujetos de estudio tiene una Buena Calidad de Vida QOLRAD correlacionada con su estado nutricional, donde el 9.2% correspondiente a 12 pacientes tiene sobrepeso, el 8.4% determinado por 11 pacientes tienen obesidad grado 1, el 6.9% determinado por 9 pacientes tienen obesidad grado 2, el 1.5 % correspondiente a 2 pacientes con obesidad grado 3 y el 1.5% correspondientes a 2 pacientes con peso normal.

Comparado con el proyecto "Incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico y su relación con la obesidad, en pacientes de 40-50 años atendidos en el Hospital Provincial Docente Ambato del autor Buenaño, la prevalencia en 36 pacientes encuestados presentan un rango de IMC de 30 a 34.9 encontrándose con obesidad tipo 1.

Se estudiaron las variables sociodemográficas correspondientes a toxicomanías: tabaquismo, alcoholismo y drogadicción y su correlación con la Calidad de Vida, donde se observó que el 54.2% correspondientes a 71 sujetos de estudios consumen alcohol, el 2.3% de los pacientes consumen algún tipo de droga, el 31.3% de los sujetos estudiados representados por 41 personas consumen tabaco.



Estadísticamente se encontró que solo con los pacientes fumadores existe una significancia en relación con la Calidad de Vida del Instrumento QOLRAD, donde el 31.3% de los fumadores, el 18.3% representados por 24 sujetos de estudio tiene Mala Calidad de Vida y el 13% tienen una Buena Calidad de Vida, el 68.7% correspondientes a los no fumadores, donde el 54.2% determinados por 71 sujetos de estudio tienen una Mala Calidad de Vida y el 14.5% de ellos correspondientes a 19 pacientes tienen una Buena Calidad de Vida.

Estadísticamente no hay significancia de las variables sociodemográficas alcoholismo y drogas relacionadas con la Calidad de Vida por lo que a conveniencia del autor no se describen en esta discusión.

De los 131 pacientes estudiados el 42% tiene antecedentes familiares de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, donde el 26% correspondientes a 34 pacientes tienen una Mala Calidad de Vida, el 58% no tienen antecedentes familiares de ERGE pero el 46.6% determinados por 61 sujetos de estudios tienen Mala Calidad de Vida, el 11.5% correspondientes a 15 pacientes tienen una Buena Calidad de Vida.

Se identificaron los años de diagnóstico de la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico, los cuales el 58.8% son representados de 6 meses a 3 años donde el 45.8% que corresponde a 60 sujetos tiene una Mala Calidad de Vida y el 13% que corresponde a 17 sujetos tienen una Buena Calidad de Vida.

Podemos observar en este estudio la correlación entre el Estrés emocional y la Calidad de vida QOLRAD donde el 84.7% de los pacientes estudiados están sometidos a estrés, de los cuales el 60.3% correspondiente a 79 sujetos de estudio tienen una Mala Calidad de Vida y el 24.4% determinado por 32 pacientes tienen una Buena Calidad de Vida, y aunque el 15.3% correspondientes a 20 de los pacientes estudiados no están sometidos a estrés emocional, el 12.2% de ellos tienen una Mala Calidad de Vida y el 3.1% determinado por 4 pacientes tienen una Buena Calidad de vida.



Con base a lo obtenido con el instrumento Calidad de Vida en pacientes con Reflujo y Dispepsia QOLRAD, aplicado a todos los sujetos de estudio, demostró que del total de los pacientes estudiados el 72.5% tienen afectación en la calidad de vida, de los cuales el 62.6% correspondientes a 82 sujetos de estudio tienen una Regular Calidad de vida y el 9.9% determinados por 13 pacientes tienen una Mala Calidad de Vida, mientras que el 27.5% correspondientes a 36% tienen una Buena Calidad de Vida. De acuerdo al proyecto "Calidad de vida en pacientes con trastornos esofágicos crónicos: validación del cuestionario "Northwestern Esophageal Quality of Life Scale" en pacientes del Instituto Ecuatoriano de enfermedades digestivas del autor Oleas, demostró que en un 51.5% de la población estudiada (n=300) los trastornos esofágicos impactan directamente sobre la calidad de vida en general.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12.1 CONCLUSIONES

En conclusión los 131 pacientes participantes de estudio, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de afiliación vigente, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 39, de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, en mayor porcentaje de participación fueron del sexo femenino entre los 40 a 49 años de edad, con una escolaridad mínima de primaria y máxima de postgrado académico, con un rango de diagnóstico con la Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico entre 6 meses a 3 años.

El 81.8% son económicamente activos, el 18.2% restante entre jubilados, estudiantes derechohabientes del instituto y un no trabajador derechohabiente, demandan consulta en el primer nivel de atención por síntomas de ERGE.

De acuerdo a los rangos obtenidos en este estudio el 66.4% correspondiente a 87 sujetos de estudio consumen de manera continua Inhibidor de bomba de protones (Omeprazol) y el 19.8% correspondiente a 26 sujetos de estudio consumen de manera continua Antiulceroso (Sucralfato). El 13.6% correspondiente a 18 sujetos de estudio consume estos medicamentos solo cuando tiene síntomas severos asociados a los hábitos alimenticios y al consumo de otros medicamentos de uso crónico que lesionan la mucosa gastroesofágica.

De acuerdo a las cinco dimensiones del Instrumento QOLRAD los síntomas Leves se representan por un 59.5% afectando la dimensión de Problemas con la Comida y Bebida, los Síntomas Moderados afectando en un 54.2% la dimensión Vitalidad, los Síntomas Severos tienen un 46.6% afectando a la dimensión Función física y social.

Entre la correlación de las variables bivariadas y la Calidad de Vida obtenida del Instrumento QOLRAD se identificó que los antecedentes familiares, la existencia de



tabaquismo, el estado nutricional, los años de diagnóstico de ERGE, el consumo de alcohol, tienen una asociación estadísticamente significativa.

Finalmente el resto de las variables sociodemográficas bivariadas no tienen asociación estadísticamente significativa por lo que no se describen en esta conclusión.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



12.2 RECOMENDACIONES

Motivar la mejorara del estilo de vida y aconsejar sobre la modificación de la posición al dormir de los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico

Motivar el abandono de toxicomanías como tabaquismo y alcoholismo que intensifican los síntomas de ERGE.

Los pacientes con enfermedad de Reflujo Gastroesofágico deberían tener asesoramiento continuo por el servicio de nutrición.

Dentro del primer nivel de atención la adecuada identificación de los pacientes que tienen riesgo de desarrollar Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico

Identificar la presencia de síntomas leves, moderados y severos, ya que inciden de manera significativa en la Calidad de Vida.

Generar programas de ayuda mutua con trabajo social, nutrición, y con el área recreativa del instituto para mejorar el sedentarismo y la mala alimentación de los pacientes, con el propósito de mejorar la Calidad de Vida.

Valoración por la Especialidad de Gastroenterología de los pacientes que persisten con síntomas moderados a severos que tienen afectación en la Calidad de Vida y/o aquellos que a pesar del tratamiento farmacológico persistan con síntomas de ERGE.

Estudiar a los pacientes con persistencia de Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico con más de 5 años de diagnóstico debido al riesgo existente de desarrollar complicaciones como Esófago de Barret.



13. REFERENCIAS

1. Velarde J RJ, Gonzalez C, Mora J. Guia para el diagnostico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revista Medica MD. 2014;5(2):87-93.
2. Vazquez-Elizondo G. Gastroesophageal reflux disease: Dichotomy of the clinical trial and clinical practice. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(2):103-5.
3. Kasper D BE, Faucy A, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. <medicina interna harrison 16 edicion spanish.pdf>. HARRISON Principios de Medicina Interna. 2016;16(273):9381-7.
4. Olmos JPMVM. Revisión sobre enfermedad de reflujo gastroesofágico. Acta Gastroenterol Latinoam. 2016;46(2):160-72.
5. Huerta-Iga F, Bielsa-Fernandez MV, Remes-Troche JM, Valdovinos-Diaz MA, Tamayo-de la Cuesta JL, en representacion del Grupo para el estudio de la E. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: recommendations of the Asociacion Mexicana de Gastroenterologia. Rev Gastroenterol Mex. 2016;81(4):208-22.
6. M. P. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y patología respiratoria. Medicina respiratoria. 2016;9(3):17-28.
7. Harris J FN, Herrera A, Arcos J, Blanquicett M, Jiménez C. Lesiones linguales y su relación con afecciones sistémicas. Avances en Odontoestomatología 2017;33(2):59-65.
8. R. A. Alteraciones clínicas odontológicas por la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR. 2017;5(2):287-304.
9. Ortiz-Garrido O, Ortiz-Olvera NX, Gonzalez-Martinez M, Moran-Villota S, Vargas-Lopez G, Dehesa-Violante M, et al. Clinical assessment and health-related quality of life in patients with non-cardiac chest pain. Rev Gastroenterol Mex. 2015;80(2):121-9.
10. Dhroove G, Saps M, Garcia-Bueno C, Leyva Jimenez A, Rodriguez-Reynosa LL, Velasco-Benitez CA. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Mexican schoolchildren. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(1):13-8.
11. Pérez M GJ, Molero M, Martos Á, Barragán A, Simón M. . Perfil sociodemográfico y comorbilidades en octogenarios ingresados en el hospital comarcal con patología digestiva. Investigación en salud y envejecimiento 2018;5(17):121-6.
12. O. G. <ERGE SINTOMAS NE YE.pdf>. Revista de Gastroenterología de México. 2015;80(1):44-8.



13. González J HT, Palomares U, Castelltor L, Pérez J, Anaya R. . Tratamiento actual de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Cirujano General Medigraphic. 2015;37(1-2):38-43.
14. Lopez-Colombo A, Pacio-Quiterio MS, Jesus-Mejenes LY, Rodriguez-Aguilar JE, Lopez-Guevara M, Montiel-Jarquín AJ, et al. Risk factors associated with gastroesophageal reflux disease relapse in primary care patients successfully treated with a proton pump inhibitor. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(2):106-14.
15. Robles A RB, De la Rosa E, Nava A. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El Residente Medigraphic. 2016;11(3):120-5.
16. Calvet X. Enfermedades esofágicas: enfermedad por reflujo gastroesofágico, Barrett, acalasia y esofagitis eosinofílica. Gastroenterología y Hepatología. 2016;39:47-52.
17. Herdman M BX, Berra S. . Cuestionarios en atención primaria. Una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. Atención Primaria 2001;28(6):425-9.
18. Kulich KR, Piqué JM, Vegazo O, Jiménez J, Zapardiel J, Carlsson J, et al. Validación psicométrica de la traducción al español de la escala de evaluación de síntomas gastrointestinales (GSRs) y del cuestionario de calidad de vida de reflujo y dispepsia (QOLRAD) en los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. Revista Clínica Española. 2005;205(12):588-94.
19. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica, México CENETEC. 2018:1-63.
20. T. R. Síntomas gastrointestinales en México. . Un estudio epidemiológico SIGAME. 2015;1(1):1-215.
21. Hunt R AD, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S. Perspectiva Mundial sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología: WGO 2015:1-40.
22. Velarde J MM, Coss E, Gómez O, Flores R, Vázquez G, et al. Sesión de trabajos libres orales. Neurogastroenterología II. Revista de Gastroenterología de México. 2018;83(2):164-8.
23. Y. L. Actualización en Gastroenterología PM Farma Comunidad Profesional del Sector Farmacéutico. 2018;1(1):1-2.



24. Manterola C US, Otzen T. . Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Instrumentos de medición para valoración de resultados en cirugía digestiva alta. Revista Chilena de Cirugia 2014;66(3):274-82.
25. Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Tabasco (COPLADET), Programa Sectorial de Salud, Seguridad y Asistencia Social 2019-2024, (PROSEC) del estado de Tabasco.
26. Peralta Pedrero, Lagunes Espinosa M, Cruz Avelar A, Juárez Cedillo A, Rodríguez Moctezuma T, et al. Frecuencia de síntomas de ERGE en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, vol. 45, núm. 5, 2007, pp. 447- 452 Instituto Mexicano del Seguro Social Distrito Federal, México
27. Velarde Ruiz Velasco J, Morales Arambúla M, Coss Adame E, Gómez Escudero O, Flores Rendón R, et al. Prevalencia de sobreposición de trastornos funcionales digestivos: resultados de un estudio nacional (SIGAME 2), Revista Médica MD. México. 2019 10(2):106-112pp.
28. Monge Elías R. M, Trujillo Álvarez M. "síntomas gastrointestinales en pacientes en programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en hospital nacional rosales, durante los meses de febrero a marzo. Tesis Doctoral de Medicina Interna. Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina de Posgrado de Especialidades Médicas. San Salvador, El Salvador, Noviembre 2019(1):01-44pp.
29. Nuevo J, Tafalla M, Zapardiel J, Gisbert J. Consumo de recursos sanitarios y pérdida de productividad en la enfermedad por reflujo gastroesofágico: resultados de un estudio transversal en el ámbito de la atención primaria en España. Madrid, España. Revista de Atención primaria. 2011;43(9):474-481.
30. Indacochea Caceda S. "Factores de riesgo para adquirir enfermedad por reflujo gastroesofágico en pacientes atendidos en consultorio externo del servicio de Gastroenterología del hospital central de la Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz en al año 2018. Universidad Ricardo Palma Facultad de Medicina Humana Manuel Huamán Guerrero. Lima-Perú. 2020(1):01-61pp.
31. Buenaño Núñez A. "Incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico y su relación con la obesidad, en pacientes de 40-50 años atendidos en el Hospital Provincial Docente Ambato periodo Enero-Abril 2016. Ambato, Ecuador. 2016(1):01-86pp.
32. Oleas Narea R. "Calidad de vida en pacientes con trastornos esofágicos crónicos: validación del cuestionario "Northwestern Esophageal Quality of Life Scale" en pacientes del Instituto Ecuatoriano de enfermedades digestivas IECED 2016-2017. Samborondón Ecuador. 2017(01):01-58pp.



14. ANEXOS

14.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo y escala	Indicador	Determinación de valores
Género	Es el conjunto de peculiaridades que caracterizan a los individuos dividiéndolos en masculino y femenino	Género del paciente	Cualitativa Nominal Ordinal	1. Hombre 2. Mujer	Frecuencia
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde el día de su nacimiento	Años cumplidos	Cuantitativa numérica Discreta	1. 20-25 2. 26-30 3. 31-35 4. 36-40 5. 41-46 6. 47-50 7. 51-55 8. 56-60	Media y Moda
Ocupación	Actividad laboral con o sin remuneración económica.	Actividad laboral que pudiera influir en el estado actual del paciente.	Cualitativa Nominal	1. Labores del hogar 2. Obrero 3. Campesino 4. Empleado 5. Profesionista Estudiante	Frecuencia
Escolaridad	Nivel de estudios formal que tiene una persona.	Nivel de estudios en el momento de la investigación.	Cualitativa Nominal	1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Técnica 6. Profesional	Frecuencia
Talla	Estatura de una persona desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza	Estatura de una persona.	Cuantitativa Discreta	1. 150cm – 1.55 cm 2. 156cm – 160 cm 3. 161 cm – 165 cm 4. 166cm – 170 cm	Intervalo
Peso	Es la masa de cuerpo en kilogramos	Peso corporal del individuo como referencia del desarrollo y estado de salud del organismo	Cuantitativa Continua	1. 60kg – 65kg 2. 66kg – 70kg 3. 71kg – 75kg 4. 76kg – 80kg	Razón



		humano.		5. 81kg – 85kg 6. 86kg – 90kg 7. 91kg – 95kg 8. 96kg – 100kg 9. 101kg – 105 kg 10. 106kg – 110kg	
IMC	Es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de una persona	Cálculo del índice de Quetelet. $\text{Peso}/\text{talla}^2$	Cuantitativa Ordinal	1. <18 bajo peso 2. 18 a 25 normal 3. >25 sobrepeso 4. >30 obesidad	Razón
Circunferencia de cintura	Medición donde se estima la grasa abdominal.	De acuerdo a la clasificación de la OMS	Cuantitativa Nominal	1. Hombres: 90 cm 2. Mujeres: 80 cm	Razón
Toxicomanías	Estado de intoxicación periódica o crónica originada por el consumo repetido de una droga, tabaco o alcohol	Consumo de Tabaco, Consumo de alcohol, Consumo de drogas	Cualitativa Nominal	1. Tabaco 2. Alcohol 3. Drogas	Frecuencia
Alimentos irritantes	El consumo de alimentos cuya composición química produce irritación de la mucosa gástrica	Consumo de alimentos que tienen su fuente en grasas saturadas y no saturada, picantes, condimentos, cítricos	Cualitativa Nominal	1. Picantes 2. Grasas 3. Calientes 4. Condimentos	Frecuencia
Ayuno	Abstinencia del consumo de alimentos por un periodo de tiempo	Privación del consumo de alimentos	Cualitativa, dicotómica	1. Si 2. No	Frecuencia
Estrés	Cansancio mental provocado por	Desequilibrio biopsicosocial.	Cualitativa Dicotómica	1. Si 2. No	Frecuencia



	la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, suele provocar diversos trastornos físicos y mentales				
Ingesta de Medicamentos	El consumo de sustancias farmacológicas para mejorar el proceso salud enfermedad	Al momento del estudio estar bajo tratamiento con fármacos	Cualitativa Nominal	<ol style="list-style-type: none">1. AINES2. Antibióticos3. Antirreumáticos4. Hipoglucemiantes5. Antihipertensivos6. Bifosfonatos	Frecuencia
Calidad de vida	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Conjunto de criterios por el cuestionario QOLRAD	Cuantitativa Policotómica	<ol style="list-style-type: none">1. Buena2. Regular3. Mala	Frecuencia
Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico	Ascenso del contenido gástrico o gastroduodenal por arriba de la unión gastroesofágica	Presencia de síntomas de Reflujo	Cuantitativa Dicotómica	<ol style="list-style-type: none">1. Sí2. No	Razón



14.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES DEL INSTRUMENTO

Se midieron los efectos en la calidad de vida en pacientes con ERGE con el cuestionario de calidad que vida de reflujo y dispepsia QOLRAD ⁽²⁸⁾

Variable	Definición operacional	Fuente	Medición	Interpretación
Estrés emocional	Desalentado o afligido, frustrado o impaciente, ansioso o indispuesto, preocupaciones o temores, irritable y la causa exacta no conocida	Cuestionario QOLRAD (preguntas 12, 14, 15, 17, 19 y 22)	6 preguntas en el cuestionario QOLRAD, en cada pregunta 7 ítems en (0-6) se interpreta de la siguiente manera: 0 ausencia de síntomas, 1-12 síntomas leves, 13-24 síntomas moderados, 25-36 síntomas severos.	Porcentual
Alteraciones del sueño.	Cansado por la falta de sueño, se levanta durante la noche, se levanta durante la noche fresco y descansado y problemas para conciliar el sueño.	Cuestionario QOLRAD (preguntas 8, 10, 11, 18 y 21)	5 preguntas en el cuestionario QOLRAD, en cada pregunta 7 ítems en (0-6) se interpreta de la siguiente manera: 0 ausencia de síntomas, 1-10 síntomas leves, 11-20 síntomas moderados, 21-30 síntomas severos.	Porcentual
Vitalidad.	Se siente cansado o desgastado, indispuesto y con poca energía.	Cuestionario QOLRAD (preguntas 1, 4 y 7)	3 preguntas en el cuestionario QOLRAD, en cada pregunta 7 ítems en (0-6) se interpreta de la siguiente manera: 0 ausencia de síntomas, 1-6 síntomas leves, 7-12 síntomas moderados, 13-18 síntomas severos.	Porcentual
Problemas con comidas/bebidas	Come y toma menos de lo usual, no puede ingerir alimentos o aperitivos, comida poco atractiva, y evita algunos tipos de comida/bebida.	Cuestionario QOLRAD (preguntas 3, 5, 9, 13, 16 y 20)	6 preguntas en el cuestionario QOLRAD, en cada pregunta 7 ítems en (0-6) se interpreta de la siguiente manera: 0 ausencia de síntomas, 1-12 síntomas leves, 13-24 síntomas moderados, 25-36 síntomas severos.	Porcentual
Función física/social	Evita agacharse, hacer cosas con la familia, dificultad para socializar, incapaz de hacer actividades diarias o actividades físicas.	Cuestionario QOLRAD (preguntas 2, 6, 23, 24, 25)	5 preguntas en el cuestionario QOLRAD, en cada pregunta 7 ítems en (0-6) se interpreta de la siguiente manera: 0 ausencia de síntomas, 1-10 síntomas leves, 11-20 síntomas moderados, 21-30 síntomas severos.	Porcentual



14.3 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO



UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO

Lea el cuestionario antes de responder las preguntas, encontrara algunas preguntas relacionadas con su enfermedad actual y con su vida diaria.

Responda a las preguntas con letra de molde y legible, algunas respuestas las realizara marcando la casilla según corresponda

HISTORIA CLINICA

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Centímetros de cintura: _____

Ocupación: _____ Religión: _____ Escolaridad: _____

¿Tiene antecedentes familiares de Enfermedad de reflujo Gastroesofágico?: Sí No

Especifique que familiar: _____

¿Consume alimentos irritantes?: Sí No

Especifique que alimentos y con qué frecuencia: _____

¿Consume medicamentos de manera continua?: Sí No

Especifique que medicamentos y con qué frecuencia: _____

¿Ha sido diagnosticado con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico?: Sí No

Especifique el tiempo de diagnóstico: _____

¿Está usted sometido a estrés laboral, escolar o familiar? Sí No

¿Realiza usted algún tipo de ayuno o abstinencia de alimentos? Sí No

Especifique la frecuencia y tiempo de ayuno: _____



14.4 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN REFLUJO Y DISPEPSIA (QOLRAD)



UNIVERSIDAD JUAREZ AUTONOMA DE TABASCO

Lea el cuestionario antes de responder las preguntas, encontrara algunas preguntas en relación a como se ha sentido por sus síntomas por Enfermedad de reflujo gastroesofágico.

Responda a las preguntas marcando la casilla que mejor describa **como se ha sentido durante la última semana.**

1. ¿Cuántas veces durante la semana se ha sentido cansado o abatido a causa de ardor de estómago o regurgitación acida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Cuantas veces durante la semana pasada evito inclinarse a causa de ardor de estómago o regurgitación acida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Durante la semana pasada cuanto ardor de estómago o regurgitación acida tuvo por comer o beber?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Cuántas veces durante la semana pasada se ha sentido indispuesto en general a causa de ardor de estómago o regurgitación acida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



5. **¿Cuántas veces durante la semana pasada tuvo que comer menos de lo habitual a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?**

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. **¿Cuántas veces durante la semana pasada ha tenido ardor de estómago o regurgitación ácida que no le permitieron realizar actividades con su familia o amigos?**

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **¿Cuántas veces durante la semana pasada ha tenido falta de energía a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?**

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **¿Cuántas veces durante la semana pasada tuvo dificultad para dormir por las noches a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?**

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **¿Cuántas veces durante la semana pasada el ardor de estómago o la regurgitación ácida le impidió comer alimentos o aperitivos que le apetecían?**

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. **¿Cuántas veces durante la semana pasada se sintió cansado o abatido como consecuencia de la falta de sueño debida al ardor de estómago o a la regurgitación ácida?**

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



11. ¿Cuántas veces durante la semana pasada el ardor de estómago o la regurgitación ácida le despertaron por la noche y le impidieron volverse a dormir?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca

12. ¿Cuántas veces durante la semana pasada se ha sentido desanimado o angustiado a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca

13. ¿Cuántas veces durante la semana pasada el ardor de estómago o la regurgitación ácida le hicieron que los alimentos le parecieran poco apetecibles?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca

14. ¿Cuántas veces durante la semana pasada se ha sentido frustrado o impaciente a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca

15. ¿Cuántas veces durante la semana pasada se ha sentido ansioso o preocupado a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca

16. ¿Durante la semana pasada, en qué medida ha tenido ardor de estómago o regurgitación ácida como consecuencia de haber comido alimentos o aperitivos que no podía tolerar?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca

17. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha sentido preocupación o temor por su salud a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo La mayor parte del tiempo Bastantes veces Algunas veces Pocas veces Casi nunca Nunca



18. ¿Cuántas veces durante la semana pasada no se despertó por la mañana fresco y descansado a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. ¿En qué medida durante la semana pasada el ardor de estómago o la regurgitación ácida han hecho que se sienta irritable?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha evitado ciertos alimentos, bebidas o refrescos a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha tenido problemas al conciliar el sueño a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. ¿Cuántas veces durante la semana pasada se ha sentido frustrado por que la causa exacta de sus síntomas no es conocida y por tener aún tanto ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. ¿Cuántas veces durante la semana pasada ha tenido dificultad en sus relaciones con los amigos o la familia a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



24. ¿Cuántas veces durante la semana pasada no pudo realizar sus actividades diarias (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas) a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. ¿Cuántas veces durante la semana pasada no pudo realizar sus actividades físicas normales (incluyendo deportes, actividades de ocio y paseo fuera de casa) a causa de ardor de estómago o regurgitación ácida?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Bastantes veces	Algunas veces	Pocas veces	Casi nunca	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Compruebe que ha respondido a todas las preguntas.
Gracias por su participación.**



14.3 CONSENTIMIENTO INFORMADO.



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

Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio: Efectos en la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en el primer nivel de atención.

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Villahermosa, Tabasco; Noviembre..... Del 2019

Número de registro institucional: Pendiente

Justificación y objetivo del estudio: Determinar los efectos en la calidad de vida en los pacientes con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico en el primer nivel de atención.

Procedimientos: Realizará a través de la aplicación de cuestionarios.

Posibles riesgos y molestias: Se me ha explicado que no representa algún riesgo a la salud

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Después del análisis de los datos la Unidad de Medicina Familiar recibirá las evidencias del estudio la cual permitirá realizar un tratamiento integral en el paciente con afectaciones en la calidad de vida por la presencia de Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Con los resultados de esta investigación se podrán adoptar acciones que beneficien la atención de los pacientes.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte mi relación con el instituto

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejadas en forma confidencial.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: R2MF Ortiz Chable Judith Carolina
Colaboradores: Dra. Zapata Vázquez Rosario
Dra. Torres López Pastora

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comité.eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante
Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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