

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO

ÁREA CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA



MONOGRAFÍA

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE REFLUJO
GASTROESOFAGICO EN PACIENTES DE 29 A 60 AÑOS DEL
CENTRO DE SALUD GONZALO MORENO DE ENERO A
SEPTIEMBRE DEL 2024”**

AUTOR:

ARIEL GARZON MARTINEZ

INTERNO DE MEDICINA

GONZALO MORENO – PANDO – BOLIVIA

GESTION 2024

DEDICATORIA

Principalmente, dedico este trabajo a Dios, quien me brinda sabiduría, amor y paciencia, y me acompaña en los momentos más difíciles brindándome valores que me fortalecen no solo en lo académico, sino como persona.

Dedico también este trabajo a la Universidad Amazónica de Pando y a la Carrera de Medicina, por encomendarme la elaboración de esta monografía, que amplía mi capacidad intelectual.

Los docentes me brindaron su conocimiento en distintos campos del saber, contribuyendo a mi formación integral como futuro médico.

Dedico esta monografía a mis padres, quienes me brindaron apoyo, amor y fortaleza durante todo el proceso de formación universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, en primer lugar, por darme la oportunidad de llegar a esta etapa de mi formación profesional.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional; a mi familia, por estar siempre presente; y a mis amigos, por hacer de mi vida universitaria una experiencia significativa.

A todos los docentes de la Carrera de Medicina de la Universidad Amazónica de Pando, coordinadores y al señor Decano, quienes me orientaron y corrigieron con dedicación a lo largo de mi formación académica.

Al personal del Centro de Salud Gonzalo Moreno, por su apertura y apoyo durante el desarrollo del internado, haciendo posible la realización de la presente investigación.

RESUMEN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se desarrolla cuando el contenido gástrico provoca síntomas molestos y/o complicaciones esofágicas y extraesofágicas. Las complicaciones esofágicas incluyen la esofagitis de reflujo y el esófago de Barrett, esta última de carácter premaligno, caracterizada por metaplasia intestinal especializada con riesgo de progresión a adenocarcinoma esofágico.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores que influyen en la incidencia de reflujo gastroesofágico en pacientes de 29 a 60 años del Centro de Salud Gonzalo Moreno, de enero a septiembre de 2024.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. De los 221 pacientes que acudieron al establecimiento de salud con síntomas de ERGE en el período señalado, 107 aceptaron participar respondiendo la encuesta. Se evaluaron los hábitos alimenticios, horarios de consumo de alimentos, consumo de alcohol y tabaco, postura al dormir y presencia de sobrepeso. Se utilizó análisis estadístico descriptivo con frecuencias absolutas y relativas.

El género femenino mostró mayor predisposición a la ERGE (71,5%), siendo el grupo etario de 29 a 39 años el más afectado (52,5%). El consumo de alcohol fue identificado como el principal factor de riesgo, seguido del consumo de alimentos grasos y la mala postura al dormir.

Palabras clave: esfínter esofágico inferior, reflujo gastroesofágico, factores de riesgo.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux disease (GERD) develops when gastric contents cause bothersome symptoms and/or esophageal and extra-esophageal complications. Esophageal complications include reflux esophagitis and Barrett's esophagus, the latter being a premalignant condition characterized by specialized intestinal metaplasia with risk of progression to esophageal adenocarcinoma.

The aim of this study is to determine the factors influencing the incidence of gastroesophageal reflux disease in patients aged 29 to 60 years at the Gonzalo Moreno Health Center, from January to September 2024.

A descriptive, retrospective, and cross-sectional study was conducted. Of 221 patients who attended the health facility with GERD symptoms during the study period, 107 agreed to complete the survey. Eating habits, meal schedules, alcohol and tobacco consumption, sleeping posture, and presence of overweight were assessed using descriptive statistics with absolute and relative frequencies.

Females showed a greater predisposition to GERD (71.5%), with the 29–39 age group being the most affected (52.5%). Alcohol consumption was identified as the main risk factor, followed by fatty food intake and incorrect sleeping posture.

Keywords: lower esophageal sphincter, gastroesophageal reflux, risk factors.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA INVESTIGADO	3
1.1. Planteamiento del Problema	3
1.1.1. Descripción de la Situación del Problema.....	3
1.1.2. Formulación del Problema.....	4
1.2. Delimitación de la Investigación	4
1.2.1. Delimitación Temática	4
1.2.2. Delimitación Temporal.....	4
1.2.3. Delimitación Espacial.....	4
1.3. Objeto del Estudio	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos	5
1.5. Justificación del Tema	5
1.5.1. Justificación Teórica.....	5
1.5.2. Justificación Social	6
1.5.3. Justificación Práctica	6
CAPÍTULO II.....	7
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	7
2.1. Marco Conceptual.....	7
2.1.1. Definiciones.....	7
2.2. Marco Teórico	8
2.2.1. Anatomía y fisiología de la unión gastroesofágica.....	8
2.2.2. Etiología de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico	10
2.2.3. Fisiopatología de la ERGE	11
2.2.4. Clasificación de la ERGE.....	12
2.2.5. Manifestaciones clínicas y Factores de riesgo.....	13
2.2.6. Epidemiología de la ERGE.....	14
2.2.7. Diagnóstico de la ERGE en el primer nivel de atención	15
2.2.8. Tratamiento de la ERGE.....	16
2.2.9. Esófago de Barrett y complicaciones graves de la ERGE.....	17
2.2.10. Prevención y educación al paciente.....	18

2.3. Marco Legal.....	18
CAPÍTULO III	20
MARCO METODOLÓGICO	20
3.1. Operacionalización de las Variables.....	20
3.1.1. Variable Independiente.....	20
3.1.2. Variable Dependiente	20
3.2. Enfoque Metodológico	21
3.3. Tipo de investigación.....	21
3.3.1. Tipo descriptivo.....	21
3.3.2. Tipo retrospectivo y Transversal	21
3.4. Método de investigación.....	21
3.4.1. Método Analítico-Descriptivo.....	21
3.4.2. Método empírico.....	21
3.5. Población y Muestra	22
3.5.1. Población	22
3.5.2. Muestra	22
3.6. Técnicas e Instrumentos	22
3.6.1. Variables y Medición.....	22
CAPÍTULO IV	23
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
4.1. Resultados del Objetivo Específico 1	23
4.2. Resultado del Objetivo Específico 2	25
4.3. Resultado del objetivo específico 3	26
4.5. Análisis Global	27
CAPÍTULO V	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	29
5.1. Conclusiones.....	29
5.2. Recomendaciones	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	33

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Componentes anatómicos de la unión gastroesofágica y su función antirreflujo.....	9
Tabla 2. Factores etiológicos y mecanismos fisiopatológicos de la ERGE.....	10
Tabla 3. Clasificación de la ERGE según el consenso de Montreal (2006).....	13
Tabla 4. Principales Inhibidores de la Bomba de Protones y sus dosis en ERGE.....	17
Tabla 5. Operacionalización de variables del estudio	20

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema del desequilibrio fisiopatológico en la ERGE	12
Figura 2. Prevalencia comparativa de ERGE según región geográfica.....	15
Figura 3. Algoritmo diagnóstico de la ERGE en el primer nivel de atención.....	16
Figura 4. Distribución de pacientes con ERGE según género Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.....	23
Figura 5. Distribución de pacientes con ERGE según grupo etario Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.....	24
Figura 6. Factores de riesgo identificados en pacientes con ERGE Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.....	25
Figura 7. Medidas preventivas reconocidas por los pacientes con ERGE Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.....	26

INTRODUCCIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) constituye uno de los trastornos digestivos crónicos más prevalentes en la práctica clínica de primer nivel de atención a nivel mundial. Se estima que afecta entre el 10 y el 20% de la población adulta en países occidentales, con una tendencia al aumento progresivo en las últimas décadas, vinculada a cambios en los estilos de vida, el incremento de la obesidad y el envejecimiento poblacional (Vakil et al., 2006; Yamasaki et al., 2018).

Su presentación clínica habitual, dominada por pirosis y regurgitación ácida, puede deteriorar significativamente la calidad de vida de los pacientes, reducir su productividad laboral y, cuando no es tratada oportunamente, progresar a complicaciones graves como la esofagitis erosiva, el esófago de Barrett y el adenocarcinoma esofágico (Acedo et al., 2019).

En Bolivia, y particularmente en el departamento de Pando, la ERGE es una causa frecuente de consulta en los establecimientos de primer nivel de atención. No obstante, se carece de registros epidemiológicos sistematizados que permitan conocer con precisión su incidencia y prevalencia en estas comunidades rurales.

Esta ausencia de datos locales limita la planificación de intervenciones preventivas y terapéuticas acordes a la realidad sanitaria del entorno. A esta dificultad se suma la falta de tecnología diagnóstica de segundo nivel endoscopia, pH-metría en municipios como Gonzalo Moreno, donde el diagnóstico y manejo de la ERGE dependen exclusivamente de criterios clínicos.

En este contexto, la presente monografía surge como iniciativa del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (S.S.S.R.O.) de la Carrera de Medicina de la Universidad Amazónica de Pando, y tiene como propósito determinar los factores que influyen en la incidencia de reflujo gastroesofágico en pacientes adultos de 29 a 60 años atendidos en el Centro de Salud Gonzalo Moreno durante el período de enero a septiembre de 2024.

El documento se organiza en cinco capítulos. El Capítulo I plantea el problema investigado, describiendo la situación actual, los objetivos y la justificación del estudio. El Capítulo II desarrolla el marco teórico referencial, abordando los fundamentos anatómicos,

fisiopatológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la ERGE, enriquecidos con citas bibliográficas actualizadas, tablas comparativas, esquemas didácticos y figuras explicativas. El Capítulo III expone el marco metodológico. El Capítulo IV presenta los resultados con análisis detallado de los hallazgos. El Capítulo V contiene las conclusiones y recomendaciones derivadas del estudio.

Se espera que esta investigación aporte evidencia local útil para la toma de decisiones clínicas, el fortalecimiento de los programas preventivos y la formación continua del personal de salud del Centro de Salud Gonzalo Moreno y de la región de Pando.

CAPÍTULO I

PROBLEMA INVESTIGADO

1.1. Planteamiento del Problema

1.1.1. Descripción de la Situación del Problema

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un problema de salud pública de etiología multifactorial, reconocida como entidad clínica relevante desde 1935 por Winkelstein, e identificada como causa de esofagitis por Allison en 1946. En la actualidad, afecta a un porcentaje significativo de la población adulta a nivel global, constituyendo una causa frecuente de consulta en los establecimientos de primer nivel de atención (Alcedo y Mearin, 2012).

A nivel mundial, los estudios epidemiológicos reportan una prevalencia de síntomas de ERGE superior al 30% en países como España, mientras que en el este de Asia las cifras se mantienen por debajo del 10%, lo que evidencia una notable variabilidad geográfica influenciada por factores dietéticos, culturales y de estilos de vida (Yamasaki et al., 2018).

La prevalencia global está en aumento, asociada fundamentalmente al incremento de la obesidad, los cambios en los patrones alimenticios y el envejecimiento de la población (Vakil et al., 2006).

En América Latina, aunque los datos son escasos, la ERGE representa un problema sanitario creciente. El Ministerio de Salud de Bolivia no cuenta con estadísticas nacionales sistematizadas sobre esta patología, y a nivel departamental en Pando, la situación es similar.

En el municipio de Gonzalo Moreno, la detección de la ERGE se realiza exclusivamente mediante criterios clínicos, dado que el Centro de Salud Gonzalo Moreno no dispone de endoscopia ni de equipamiento de pH-metría. Los casos que requieren evaluación de segundo nivel deben ser derivados al municipio de Riberalta, en el departamento del Beni.

En el período de enero a septiembre de 2024, se registraron 221 pacientes con diagnóstico clínico de ERGE en el Centro de Salud Gonzalo Moreno. De este total, 107 aceptaron participar en el estudio. Los datos preliminares indican predominio del sexo femenino y del grupo etario

de 29 a 39 años, con el consumo de alcohol como el principal factor de riesgo identificado en esta población, seguido del consumo de alimentos grasos y la mala postura al dormir.

Esta situación evidencia la necesidad urgente de caracterizar los factores asociados a la ERGE en el contexto rural de Gonzalo Moreno, con el fin de diseñar e implementar intervenciones preventivas y educativas pertinentes y sostenibles.

1.1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores que influyen en la incidencia de reflujo gastroesofágico en pacientes de 29 a 60 años del Centro de Salud Gonzalo Moreno de enero a septiembre del 2024?

1.2. Delimitación de la Investigación

1.2.1. Delimitación Temática

La investigación se centra en la identificación de los factores que influyen en la incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes adultos, abarcando aspectos epidemiológicos, clínicos, dietéticos y de estilos de vida, en el marco de la atención primaria de salud.

1.2.2. Delimitación Temporal

El estudio comprende el período de enero a septiembre del año 2024, correspondiente al período de internado de medicina del autor en el Centro de Salud Gonzalo Moreno.

1.2.3. Delimitación Espacial

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Salud Gonzalo Moreno, perteneciente al municipio de Gonzalo Moreno, departamento de Pando, Estado Plurinacional de Bolivia.

1.3. Objeto del Estudio

El objeto de estudio son los factores de riesgo dietéticos, de estilos de vida y clínicos asociados a la incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población adulta de 29 a 60 años atendida en el Centro de Salud Gonzalo Moreno durante el período de estudio.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar los factores que influyen en la incidencia de reflujo gastroesofágico en pacientes de 29 a 60 años del Centro de Salud Gonzalo Moreno de enero a septiembre del 2024.

Objetivos Específicos

- Verificar la distribución por género y grupo etario de los pacientes con incidencia de reflujo gastroesofágico atendidos en el Centro de Salud Gonzalo Moreno de enero a septiembre de 2024.
- Identificar los factores más comunes que influyen en la adquisición de esta patología en los pacientes del Centro de Salud Gonzalo Moreno de enero a septiembre de 2024.
- Proponer medidas de prevención mediante la educación sobre el estilo de vida y medidas higiénico-dietéticas dirigidas a los pobladores del área de influencia del Centro de Salud Gonzalo Moreno.

1.5. Justificación del tema

1.5.1. Justificación teórica

Este estudio contribuirá a la producción de conocimiento científico sobre los factores asociados a la ERGE en poblaciones rurales del departamento de Pando, sirviendo como referente para futuras investigaciones y estrategias de intervención en salud pública.

Fortalece asimismo la formación académica en las áreas de gastroenterología clínica y medicina preventiva, al documentar con rigor metodológico los factores de riesgo presentes en el contexto local, donde los estudios epidemiológicos son prácticamente inexistentes (Yamasaki et al., 2018).

1.5.2. Justificación social

Como parte del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (S.S.S.R.O.), los resultados de esta investigación permitirán sensibilizar a la comunidad y a los responsables de salud sobre la importancia de modificar hábitos de vida para prevenir y controlar la ERGE.

Asimismo, orientará el diseño de intervenciones educativas participativas y contextualizadas, considerando las características socioculturales de la población del municipio de Gonzalo Moreno, donde patrones como la alimentación tardía, el consumo de alcohol y la falta de actividad física son especialmente prevalentes.

1.5.3. Justificación práctica

La investigación generará evidencia para la implementación de estrategias preventivas y de manejo en el Centro de Salud Gonzalo Moreno, contribuyendo a reducir la prevalencia de la ERGE y sus complicaciones en la población atendida.

Los hallazgos permitirán a los profesionales de salud adquirir conocimientos actualizados y aplicarlos en la práctica clínica cotidiana de las comunidades rurales y urbanas del departamento de Pando, en concordancia con los lineamientos del Sistema Único de Salud (SUS) y la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1. Marco Conceptual

2.1.1. Definiciones

- **Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)**

Condición que se desarrolla cuando el contenido gástrico provoca síntomas molestos y/o complicaciones esofágicas y extraesofágicas con una frecuencia de dos o más episodios de pirosis por semana. Esta definición, adoptada en el Consenso de Montreal (2006), sustituyó criterios más restrictivos previos y amplió el reconocimiento de la enfermedad en la práctica clínica (Vakil et al., 2006).

- **Esfínter Esofágico Inferior (EEI)**

Estructura muscular de alta presión localizada en la unión gastroesofágica que actúa como barrera antirreflujo principal. Su incompetencia por pérdida del tono intrínseco o por relajaciones transitorias inapropiadas (RTEEI) es el mecanismo fisiopatológico central de la ERGE (Zerbib et al., 2013).

- **Pirosis**

Sensación de ardor o quemazón retroesternal ascendente, síntoma cardinal de la ERGE. Se considera diagnóstico presuntivo cuando se presenta dos o más veces por semana en pacientes menores de 50 años sin datos de alarma (Vakil et al., 2006).

- **Esofagitis por Reflujo**

Inflamación de la mucosa esofágica secundaria al contacto persistente con el contenido gástrico ácido. Histológicamente se caracteriza por acantosis, papilomatosis e hiperplasia de la capa basal, con exocitosis de neutrófilos y eosinófilos (Acedo et al., 2019).

- **Esófago de Barrett**

Lesión premaligna definida como el reemplazo del epitelio escamoso estratificado del esófago distal por epitelio columnar con metaplasia intestinal especializada, corroborada histopatológicamente. Su prevalencia en pacientes con ERGE oscila entre el 10 y el 15%, y constituye el principal factor de riesgo para adenocarcinoma esofágico (Acedo et al., 2019).

- **Inhibidores de la Bomba de Protones (IBP)**

Fármacos que bloquean de forma irreversible la ATPasa H⁺/K⁺ de las células parietales gástricas, suprimiendo la secreción ácida. Son el tratamiento farmacológico de elección en todos los escenarios clínicos de la ERGE por su mayor eficacia comparados con antiácidos y antagonistas H₂ (Krenitsky y Decher, 2013).

- **Acid Pocket**

Sobrenadante ácido posprandial que se acumula en la zona proximal del estómago sin mezclarse con los alimentos en digestión. En pacientes con disfunción del EEI, es el principal responsable del reflujo que ocurre en los 30 a 120 minutos después de las comidas (Clarke et al., 2008).

- **Relajaciones Transitorias del EEI (RTEEI)**

Caídas de presión del EEI mayores de 1 mmHg/s, con duración menor de 10 segundos y presión nadir inferior a 2 mmHg, no asociadas a deglución. Representan el mecanismo fisiopatológico más frecuente de la ERGE (Vakil et al., 2006).

2.2. Marco Teórico

2.2.1. Anatomía y fisiología de la unión gastroesofágica

El aparato digestivo es el conjunto de órganos encargados de la transformación de los alimentos para su absorción y utilización celular. Sus funciones principales son el transporte de alimentos, la secreción de jugos digestivos, la absorción de nutrientes y la excreción (Krenitsky y Decher, 2013).

El esófago es un conducto músculo-membranoso de aproximadamente 25 cm de longitud que se extiende desde la faringe hasta el estómago. Atraviesa el cuello, el mediastino posterior torácico y el diafragma a través del hiato esofágico. Está formado por dos capas musculares que permiten los movimientos peristálticos responsables del avance del bolo alimenticio hacia el estómago (Krenitsky y Decher, 2013).

La unión gastroesofágica (UGE) es la región anatómica más relevante en la fisiopatología de la ERGE. Esta zona comprende el esfínter esofágico inferior (EEI), el ligamento freno esofágico, el ángulo de His y el diafragma.

La competencia de estos componentes es esencial para prevenir el paso patológico del contenido gástrico ácido hacia el esófago (Zerbib et al., 2013). En condiciones basales, el esófago es una cavidad virtual; sus paredes se separan únicamente durante la deglución o cuando el EEI se relaja de forma transitoria.

"El sistema de defensa esofágico comprende la contracción del EEI, la motilidad gástrica normal, la secreción esofágica de moco, las uniones celulares estrechas y los reguladores de pH celular." (Acedo et al., 2019)

Tabla 1. Componentes anatómicos de la unión gastroesofágica y su función antirreflujo

Componente			Función Antirreflujo	Alteración en ERGE
Esfínter (EEI)	Esofágico	Inferior	Barrera de alta presión; impide el ascenso del contenido gástrico	Hipotonía / relajaciones transitorias inapropiadas (RTEEI)
Ángulo de His			Comprime el esófago al aumentar la presión intragástrica	Se hace obtuso en hernia hiatal; facilita el reflujo
Ligamento freno esofágico			Ancla el EEI al diafragma; mantiene la UGE subdiafragmática	Se debilita con la hernia hiatal y la obesidad
Peristaltismo esofágico			Aclaramiento mecánico del material refluído	Inefectivo en ERGE severo; prolonga el tiempo de exposición ácida
Saliva			Neutralización química (bicarbonato) del ácido refluído	Reducida en posición supina nocturna y en fumadores
Diafragma crural			Refuerzo externo del EEI durante los esfuerzos físicos	Debilitado en hernia hiatal

Fuente: Elaboración propia basada en Acedo et al. (2019)

2.2.2. Etiología de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

La ERGE es una enfermedad de etiología multifactorial cuyo sustrato fundamental es la incompetencia del EEI. Esta incompetencia puede deberse a una pérdida generalizada del tono intrínseco del esfínter o, más frecuentemente, a relajaciones transitorias inapropiadas (RTEEI), definidas como relajaciones no relacionadas con la deglución y desencadenadas por la distensión gástrica posprandial (Vakil et al., 2006). La distensión del fondo gástrico activa mecanorreceptores que, a través de vías vagales aferentes y neuronas del plexo mientérico, inducen la relajación del EEI mediada por el ácido gamma-aminobutírico tipo B (GABA-B) (Ciccaglione y Marzio, 2003).

Los factores que contribuyen a la incompetencia de la UGE incluyen el aumento de peso, la dieta rica en grasas, las bebidas cafeinadas o carbonatadas, el consumo de alcohol, el tabaquismo, la hernia hiatal y ciertos fármacos. Los medicamentos que reducen la presión del EEI comprenden los anticolinérgicos, antihistamínicos, antidepresivos tricíclicos, antagonistas del calcio, progesterona y nitratos (Krenitsky y Decher, 2013). El embarazo también predispone a la ERGE al aumentar la presión intraabdominal y la producción de progesterona.

Tabla 2. Factores etiológicos y mecanismos fisiopatológicos de la ERGE

Categoría	Factor	Mecanismo de Acción sobre el EEI / UGE
Alimentario	Dieta rica en grasas	Retrasa el vaciamiento gástrico; prolonga el tiempo de exposición ácida; reduce el tono del EEI
Alimentario	Bebidas carbonatadas / cafeína	Favorecen la distensión gástrica y las RTEEI; aumentan la acidez nocturna
Tóxico	Alcohol	Reduce el tono basal del EEI; aumenta la secreción ácida; daña la mucosa esofágica
Tóxico	Tabaquismo	Reduce el tono del EEI; disminuye la producción de saliva; favorece la esofagitis
Anatómico	Hernia hiatal	Desplaza el EEI por encima del diafragma; elimina el refuerzo diafragmático; facilita el reflujo
Metabólico	Sobrepeso / Obesidad	Aumenta la presión intraabdominal; compromete la UGE; favorece la hernia hiatal
Farmacológico	Ca ²⁺ bloqueadores, anticolinérgicos, progestágenos	Reducen directamente la presión basal del EEI
Fisiológico	Embarazo	Aumento de la presión abdominal y efecto relajante de la progesterona sobre el EEI

Fuente: Elaboración propia basada en Krenitsky y Decher (2013)

2.2.3. Fisiopatología de la ERGE

La fisiopatología de la ERGE es multifactorial y resulta de un desequilibrio entre los factores agresivos ácido clorhídrico, pepsina, sales biliares, enzimas pancreáticas y los mecanismos defensivos esofágicos.

El principal mecanismo fisiopatológico son las RTEEI, que se producen cuando la presión del EEI cae más de 1 mmHg/s durante un período de 10 segundos, con una presión nadir inferior a 2 mmHg, sin relación con la deglución.

Estas relajaciones son desencadenadas por la distensión gástrica posprandial y representan más del 80% de los episodios de reflujo en condiciones de EEI con tono basal normal (Vakil et al., 2006).

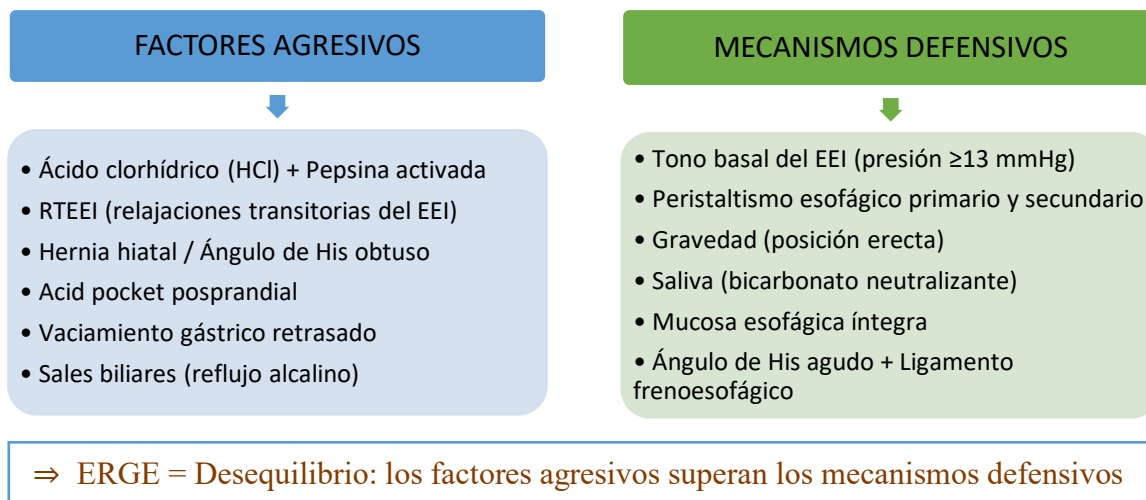
Otros mecanismos que contribuyen a la ERGE incluyen: las alteraciones en el aclaramiento esofágico tanto mecánico (peristalsis ineficaz) como químico (reducción de la saliva); la hernia hiatal, que compromete la barrera antirreflujo; el vaciamiento gástrico retrasado, que amplifica el acid pocket posprandial; y el reflujo duodeno-gástrico, que añade componentes biliares y pancreáticos al material refluido (Sifrim et al., 2004).

En cuanto a la fisiopatología de las manifestaciones extraesofágicas crónicas, laringitis, asma, se basa en el daño directo del ácido sobre la mucosa faríngea y laríngea, en episodios de microbroncoaspiración, y en la activación de un reflejo vago-vagal que induce broncoespasmo.

Las características fisicoquímicas del material refluido y su volumen determinarán la magnitud del daño mucoso y la intensidad de la percepción sintomática (Sifrim et al., 2004).

"La ERGE es el producto de un desbalance entre los factores agresivos ácido, pepsina, sales biliares y los mecanismos de defensa esofágicos. Comprender cuál es el mecanismo fisiopatológico predominante en cada paciente permite ofrecer el tratamiento más adecuado." (Acedo et al., 2019)

Figura 1. Esquema del desequilibrio fisiopatológico en la ERGE



Fuente: Elaboración propia basada en Sifrim et al. (2004)

2.2.4. Clasificación de la ERGE

Según el Consenso de Montreal de 2006, la ERGE se clasifica en síndromes esofágicos y extraesofágicos.

Los síndromes esofágicos se dividen a su vez en síndromes sintomáticos (sin daño histológico evidente: ERGE no erosiva o ERNE) y síndromes con lesión esofágica (ERGE erosiva, estenosis por reflujo, esófago de Barrett y adenocarcinoma) (Vakil et al., 2006).

Los síndromes extraesofágicos comprenden asociaciones establecidas como crónica, laringitis, asma, erosión dental y asociaciones propuestas como faringitis, sinusitis crónica, otitis media recidivante, fibrosis pulmonar idiopática.

Desde la perspectiva clínica práctica, la clasificación más útil en el primer nivel de atención diferencia entre ERGE típica (pirosis y regurgitación) y ERGE atípica (manifestaciones extraesofágicas), dado que el enfoque diagnóstico y terapéutico difiere sustancialmente entre ambas presentaciones (Acedo et al., 2019).

Tabla 3. Clasificación de la ERGE según el consenso de Montreal (2006)

Tipo	Categoría	Entidades / Manifestaciones
SÍNDROMES ESOFÁGICOS	Síndromes Sintomáticos (ERNE)	Síndrome de reflujo típico (pirosis, regurgitación); Síndrome de dolor torácico por reflujo
	Síndromes con Lesión Esofágica (ERGE Erosiva)	Esofagitis erosiva, Estenosis esofágica, Esófago de Barrett, Adenocarcinoma esofágico
SÍNDROMES EXTRAESOFÁGICOS	Asociación Establecida	Tos crónica por reflujo, Laringitis, Asma, Erosión dental
	Asociación Propuesta	Faringitis, Sinusitis crónica, Otitis media recidivante, Fibrosis pulmonar idiopática

Fuente: Elaboración propia basada en Vakil et al. (2006).

2.2.5. Manifestaciones clínicas y Factores de riesgo

Los síntomas típicos de la ERGE son la pirosis (ardor retroesternal) y la regurgitación ácida. La presencia de pirosis dos o más veces por semana en un paciente menor de 50 años sin datos de alarma establece el diagnóstico presuntivo y justifica el inicio de una prueba terapéutica con IBP, sin necesidad de estudios complementarios (Acedo et al., 2019). Los síntomas de alarma que deben motivar la derivación urgente incluyen disfagia, odinofagia, hemorragia digestiva, pérdida de peso no intencionada y anemia ferropénica.

Los principales factores de riesgo reconocidos para el desarrollo de ERGE, según la evidencia científica disponible, son (Krenitsky y Decher, 2013; Acedo et al., 2019):

- ✓ Sobrepeso y obesidad: el aumento del perímetro abdominal incrementa la presión intraabdominal y compromete la competencia de la UGE; los síntomas mejoran significativamente con la pérdida de peso.
- ✓ Hernia hiatal: desplaza el EEI por encima del diafragma, eliminando el refuerzo diafragmático externo y facilitando el reflujo, especialmente nocturno.

- ✓ Consumo de alcohol: aunque su papel como factor de riesgo independiente no está completamente clarificado, el consumo excesivo prolongado se asocia con daño de la mucosa esofágica y mayor riesgo de adenocarcinoma (Sifrim et al., 2004).
- ✓ Tabaquismo: reduce el tono del EEI y disminuye la producción de saliva, alterando el mecanismo de aclaramiento ácido esofágico.
- ✓ Dieta rica en grasas, chocolate y bebidas carbonatadas: retrasan el vaciamiento gástrico y reducen el tono del EEI.
- ✓ Embarazo: la combinación de aumento de la presión intraabdominal y los efectos relajantes de la progesterona sobre el músculo liso explican la alta prevalencia de pirosis gestacional.

2.2.6. Epidemiología de la ERGE

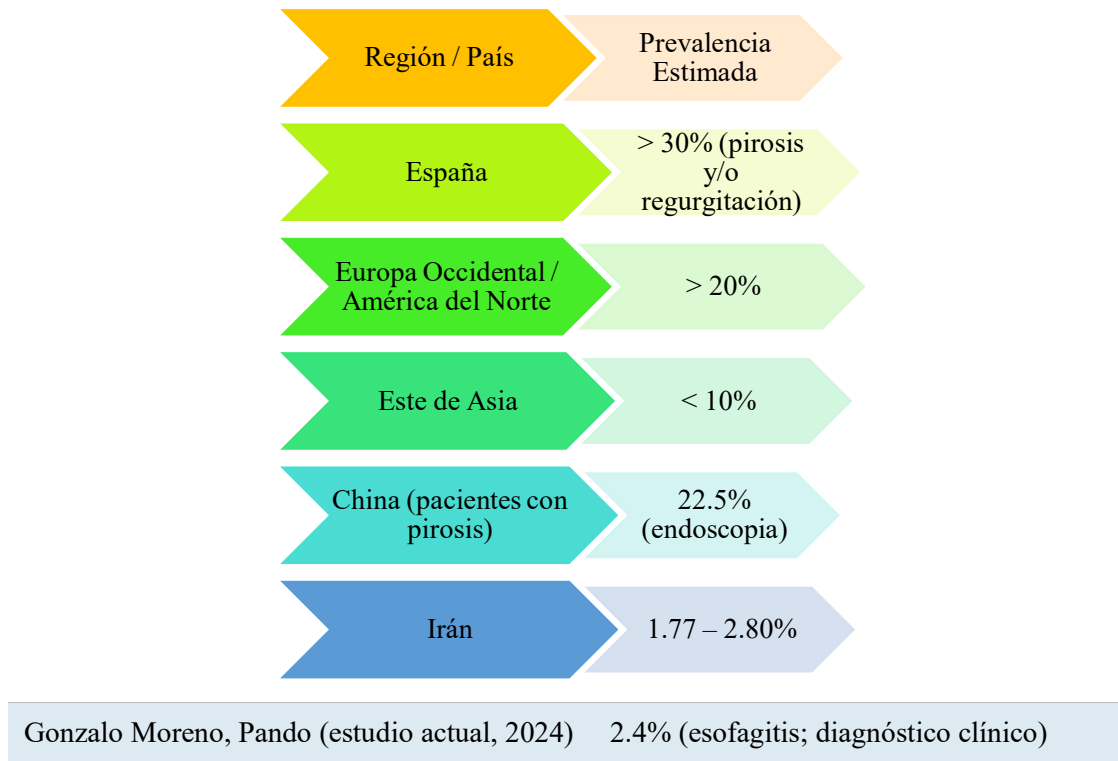
La ERGE es una enfermedad de distribución mundial con prevalencia creciente. Las estimaciones muestran notable variación geográfica: en los países occidentales (Europa Occidental, América del Norte) la prevalencia supera el 20%, mientras que en el este de Asia las cifras se mantienen consistentemente por debajo del 10%, diferencia que se atribuye principalmente a factores dietéticos y estilos de vida (Yamasaki et al., 2018).

En España, estudios epidemiológicos reportan que más del 30% de la población adulta refiere pirosis y/o regurgitación, aunque el 70% de los afectados presenta síntomas leves e infrecuentes (Acedo et al., 2019).

En América Latina los datos son escasos. A nivel nacional boliviano no se dispone de estadísticas sistematizadas. En el departamento de Pando, dada la ausencia de tecnología diagnóstica de segundo nivel en los municipios rurales, la ERGE se diagnostica exclusivamente por criterios clínicos, lo que dificulta la generación de datos epidemiológicos fiables.

En el Centro de Salud Gonzalo Moreno, municipio de Gonzalo Moreno, se registraron 221 casos clínicos de ERGE en el período de enero a septiembre de 2024, con un predominio del sexo femenino y del grupo etario de 29 a 39 años.

Figura 2. Prevalencia comparativa de ERGE según región geográfica



Fuente: Elaboración propia.

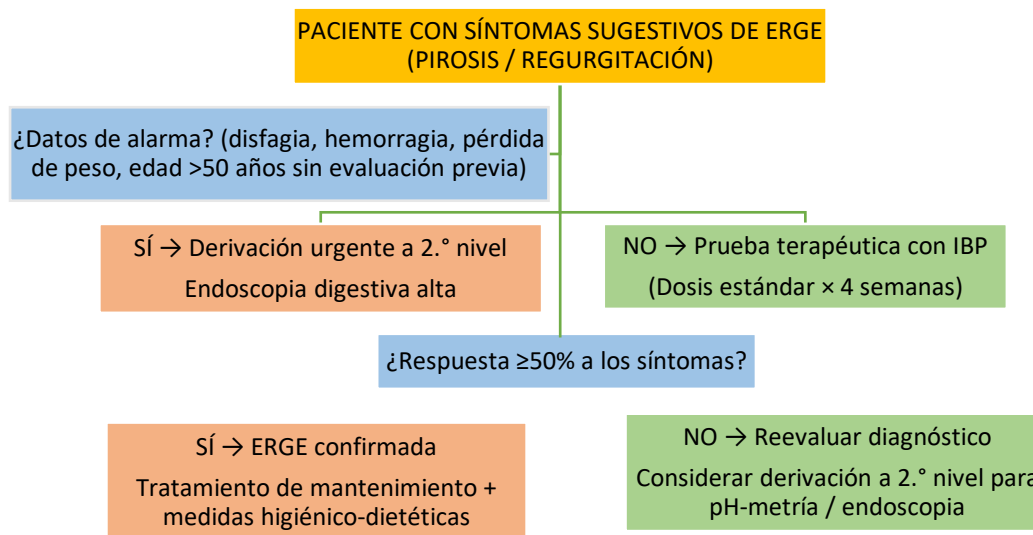
2.2.7. Diagnóstico de la ERGE en el primer nivel de atención

El diagnóstico de la ERGE en el primer nivel de atención se establece fundamentalmente por criterios clínicos. La presencia de pirosis dos o más veces por semana en un paciente menor de 50 años sin datos de alarma es suficiente para el diagnóstico presuntivo y el inicio de tratamiento empírico con IBP durante cuatro semanas. Una respuesta favorable a esta prueba terapéutica consolida el diagnóstico (Acedo et al., 2019).

Las herramientas diagnósticas complementarias disponibles en niveles de mayor complejidad incluyen: la endoscopia digestiva alta (indicada ante síntomas de alarma, ERGE de más de 5 años de evolución o falta de respuesta a IBP); la pH-metría ambulatoria de 24-48 horas (patrón de referencia para cuantificar el reflujo patológico); y la pH-impedanciometría (permite detectar tanto el reflujo ácido como el no ácido) (Sifrim et al., 2004).

En el contexto del Centro de Salud Gonzalo Moreno, estas tecnologías no están disponibles, por lo que el diagnóstico y seguimiento se basan exclusivamente en la clínica y en la respuesta al tratamiento empírico.

Figura 3. Algoritmo diagnóstico de la ERGE en el primer nivel de atención



Fuente: Elaboración propia basada en Acedo et al. (2019).

2.2.8. Tratamiento de la ERGE

Los objetivos del tratamiento de la ERGE son: controlar los síntomas, cicatrizar las lesiones esofágicas, prevenir recidivas y complicaciones, y evitar la progresión a displasia y adenocarcinoma (Acedo et al., 2019). El enfoque terapéutico es escalonado e individualizado, combinando modificaciones del estilo de vida con tratamiento farmacológico.

Tratamiento no farmacológico Modificaciones del estilo de vida: La evidencia respalda las siguientes intervenciones (Acedo et al., 2019): reducción de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad; cese del tabaquismo; reducción del consumo de alcohol; elevación de la cabecera de la cama (15-30 cm); dormir en decúbito lateral izquierdo; y evitar la ingesta de alimentos abundantes al menos 2 horas antes de acostarse, especialmente ante síntomas nocturnos.

No existe evidencia para recomendar la eliminación generalizada de alimentos como cítricos, grasas o bebidas carbonatadas; su restricción debe individualizarse según la tolerancia del paciente.

Tratamiento farmacológico: Los IBP son los fármacos de primera elección en todos los escenarios clínicos de la ERGE, ya que proporcionan mayor alivio sintomático y mayores porcentajes de cicatrización que los antiácidos, alginatos y antagonistas H2 (Krenitsky y Decher, 2013). Deben administrarse 30 minutos antes del desayuno para maximizar su eficacia, pues en ese momento se encuentra la mayor cantidad de bombas activas en las células parietales. El baclofeno agonista GABA-B es útil como coadyuvante de los IBP en pacientes con falla terapéutica, al reducir las RTEEI (Ciccaglione y Marzio, 2003).

Tabla 4. Principales Inhibidores de la Bomba de Protones y sus dosis en ERGE

IBP	Dosis Estándar	Doble Dosis
Omeprazol	20 mg, 30 min antes del desayuno	20 mg antes del desayuno y la cena
Lansoprazol	15 mg, 30 min antes del desayuno	15 mg antes del desayuno y la cena
Pantoprazol	40 mg, 30 min antes del desayuno	40 mg antes del desayuno y la cena
Esomeprazol	40 mg, 30 min antes del desayuno	40 mg antes del desayuno y la cena
Dexlansoprazol	30 mg independiente de alimentos	60 mg independiente de alimentos

Fuente: Elaboración propia basada en Acedo et al. (2019)

2.2.9. Esófago de Barrett y complicaciones graves de la ERGE

Las complicaciones de la ERGE crónica no controlada incluyen la esofagitis erosiva, la estenosis esofágica péptica, el esófago de Barrett (EB) y el adenocarcinoma esofágico. El EB es la complicación de mayor relevancia oncológica, definida como el reemplazo del epitelio escamoso estratificado del esófago distal por epitelio columnar con metaplasia intestinal, de cualquier longitud, sospechado endoscópicamente y confirmado histopatológicamente (Acedo et al., 2019). Su prevalencia en pacientes con ERGE oscila entre el 10 y el 15%.

La vigilancia endoscópica del EB es obligatoria y se estratifica por el grado de displasia: sin displasia (endoscopia cada 5 años); displasia de bajo grado (biopsia dirigida cada 6 meses); displasia de alto grado (resección endoscópica o quirúrgica). El tratamiento continuo con IBP es la base farmacológica del manejo del EB, aunque no existe evidencia concluyente de que revierta la metaplasia ya establecida (Acedo et al., 2019).

2.2.10. Prevención y educación al paciente

La prevención de la ERGE y sus complicaciones descansa fundamentalmente en la modificación de los factores de riesgo identificados. El equipo de salud del primer nivel médico, enfermera, nutricionista tiene un rol central en la educación sanitaria del paciente y su familia (Krenitsky y Decher, 2013). Las medidas preventivas con mayor respaldo evidencial incluyen (Acedo et al., 2019):

- ✓ Reducción del peso corporal en pacientes con sobrepeso u obesidad.
- ✓ Cese del tabaquismo y reducción del consumo de alcohol.
- ✓ Elevar la cabecera de la cama al menos 15-30 cm y dormir en decúbito lateral izquierdo.
- ✓ Evitar el consumo de alimentos abundantes al menos 2-3 horas antes de acostarse.
- ✓ Identificar y evitar alimentos desencadenantes de síntomas de manera individualizada.
- ✓ Promover la actividad física regular, la reducción del estrés y los horarios regulares de alimentación.

La implementación de talleres de educación sanitaria comunitaria, adaptados al contexto cultural y lingüístico de la población de Gonzalo Moreno, constituye la estrategia preventiva más factible y de mayor impacto en el primer nivel de atención.

2.3. Marco Legal

La presente investigación se sustenta en el siguiente marco normativo vigente en el Estado Plurinacional de Bolivia:

En la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (2009), Artículo 18: Establece el derecho a la salud como derecho fundamental de toda persona, garantizando el acceso a servicios de salud de calidad sin discriminación.

La Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (2013): Garantiza la atención médica gratuita en establecimientos públicos de salud, incluyendo el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas como la ERGE, para la población no asegurada.

El Sistema Único de Salud (SUS) Decreto Supremo N° 3961 (2019): Amplía las prestaciones del SUS a toda la población boliviana, reforzando el acceso a medicamentos esenciales, incluidos los IBP, en el primer nivel de atención.

Las Normas Nacionales de Atención Clínica del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia: Incluyen protocolos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades gastrointestinales frecuentes en el primer y segundo nivel de atención, orientando la práctica clínica del personal de salud.

El Reglamento del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (S.S.S.R.O.) Resolución Ministerial N° 0696: Norma el desempeño del internado de medicina en establecimientos de salud rurales y establece el requisito de elaboración de una monografía de investigación como aporte académico y comunitario.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Operacionalización de las Variables

3.1.1. Variable Independiente

Factores que influyen en la incidencia de reflujo gastroesofágico: tipo de alimentación (consumo de alimentos grasos, horario de comidas), consumo de alcohol, consumo de tabaco, postura al dormir y presencia de sobrepeso.

3.1.2. Variable Dependiente

Incidencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) en pacientes de 29 a 60 años del Centro de Salud Gonzalo Moreno, municipio de Gonzalo Moreno, departamento de Pando, en el período de enero a septiembre de 2024.

Tabla 5. Operacionalización de variables del estudio

Variable	Tipo	Dimensión	Indicador	Escala de Medición
Incidencia ERGE	Dependiente	Clínica	Diagnóstico clínico (pirosis $\geq 2x$ /semana)	Nominal: Sí / No
Género	Independiente	Sociodemográfica	Sexo biológico reportado	Nominal: Masculino / Femenino
Grupo etario	Independiente	Sociodemográfica	Edad en años cumplidos	Ordinal: 29-39 / 40-50 / 51-60 años
Consumo de alcohol	Independiente	Hábitos tóxicos	Frecuencia de consumo semanal	Nominal: Sí / No / Ocasionalmente
Dieta grasa	Independiente	Alimentaria	Consumo habitual de alimentos grasos	Nominal: Sí / No / A veces
Postura al dormir	Independiente	Estilo de vida	Posición habitual al dormir	Nominal: Correcta / Incorrecta
Sobrepeso / IMC	Independiente	Antropométrica	Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	Continua: kg/m ² / Nominal: Sí / No
Tabaquismo	Independiente	Hábitos tóxicos	Fumador activo o ex fumador	Nominal: Sí / No / Ocasionalmente

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Enfoque Metodológico

El estudio tiene un enfoque cuantitativo, basado en la recolección y análisis estadístico de datos numéricos obtenidos mediante una encuesta estructurada aplicada a los pacientes con diagnóstico de ERGE del Centro de Salud Gonzalo Moreno.

3.3. Tipo de investigación

3.3.1. Tipo descriptivo

El estudio es de tipo descriptivo, ya que busca caracterizar la distribución de los factores de riesgo asociados a la ERGE en la población estudiada, sin establecer relaciones causales entre las variables. Permite describir el perfil epidemiológico de los pacientes afectados en el contexto del municipio de Gonzalo Moreno.

3.3.2. Tipo retrospectivo y Transversal

Es retrospectivo porque analiza datos de pacientes atendidos en el período de enero a septiembre de 2024, partiendo de registros clínicos y encuestas. Es transversal porque la recolección de datos se realizó en un único momento en el tiempo, sin seguimiento longitudinal de los pacientes.

3.4. Método de investigación

3.4.1. Método Analítico-Descriptivo

Se analizaron los datos obtenidos por componentes (género, edad, factores de riesgo, medidas preventivas) para identificar patrones y relaciones entre las variables del estudio. Los resultados se presentan mediante frecuencias absolutas y relativas, con representación gráfica para facilitar la interpretación.

3.4.2. Método empírico

Se utilizó la encuesta como instrumento de recolección de datos primarios, aplicada directamente a los pacientes diagnosticados con ERGE durante las consultas en el Centro de Salud Gonzalo Moreno en el período de estudio.

3.5. Población y Muestra

3.5.1. Población

La población de referencia está constituida por los 4.385 pacientes que acudieron a consulta al Centro de Salud Gonzalo Moreno durante el período enero-septiembre 2024. El universo del estudio comprende las 345 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico registradas en el mismo período.

3.5.2. Muestra

Se incluyeron 221 pacientes con diagnóstico clínico de ERGE en el período de estudio que acudieron al Centro de Salud Gonzalo Moreno y cumplían con los criterios de inclusión. De este total, 107 pacientes aceptaron participar en la encuesta y respondieron el instrumento de manera completa, constituyendo la muestra efectiva del estudio.

- Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico clínico de ERGE, de 29 a 60 años de edad, que acudieron al Centro de Salud Gonzalo Moreno durante el período de estudio y firmaron el consentimiento de participación.
- Criterios de exclusión: Pacientes menores de 29 años o mayores de 60 años; pacientes con diagnósticos diferenciales de ERGE no confirmados; pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

3.6. Técnicas e Instrumentos

3.6.1. Variables y Medición

Se utilizó una encuesta estructurada de recolección de datos que incluyó preguntas cerradas sobre: sexo, grupo etario, hábitos alimenticios (tipo de alimentos consumidos habitualmente y horario de ingesta), consumo de alcohol, tabaquismo, postura al dormir y medidas preventivas adoptadas. Los datos fueron procesados con análisis estadístico descriptivo, expresados en frecuencias absolutas y relativas, y representados mediante gráficos de barras en el capítulo de resultados.

CAPÍTULO IV

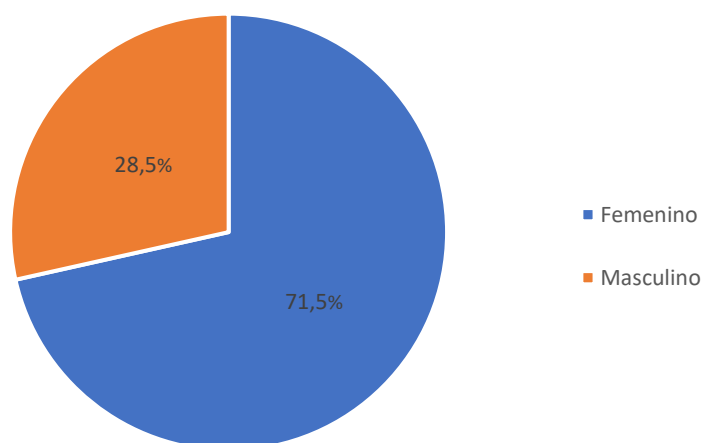
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Resultados obtenidos de la encuesta aplicada a 107 pacientes con diagnóstico clínico de ERGE, atendidos en el Centro de Salud Gonzalo Moreno durante el período de enero a septiembre de 2024.

4.1. Resultados del Objetivo Específico 1

- *Distribución según Género*

Figura 4. Distribución de pacientes con ERGE según género Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.



Fuente: Elaboración propia. Datos del Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.

De los 221 pacientes que acudieron a consulta con síntomas de ERGE en el período de estudio, 158 fueron de sexo femenino (71,5%) y 63 de sexo masculino (28,5%).

El sexo femenino representó el 71,5% de los casos de ERGE registrados, confirmando un marcado predominio femenino en esta patología dentro de la población estudiada.

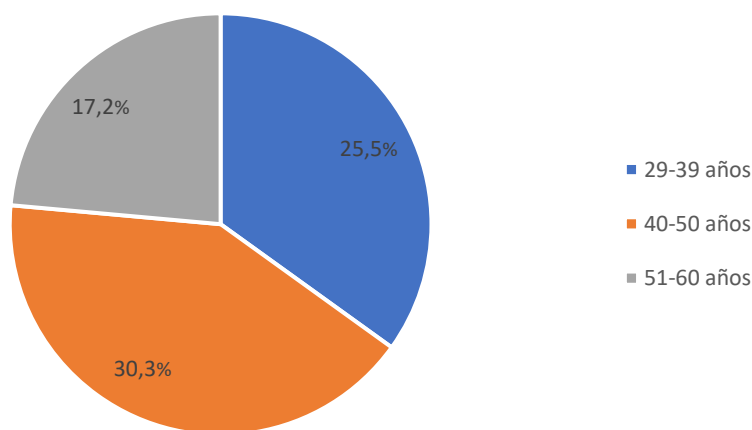
Este hallazgo es coherente con la literatura científica, que reporta mayor susceptibilidad femenina a la ERGE en la edad adulta, explicada por múltiples mecanismos: el efecto relajante de la progesterona sobre el esfínter esofágico inferior, los cambios en la presión intraabdominal

asociados a los embarazos repetidos, y los patrones de alimentación irregular propios del contexto sociocultural local.

En el municipio de Gonzalo Moreno, las mujeres frecuentemente posponen sus comidas hasta que llega su pareja al hogar, lo que genera ingestas tardías y nocturnas que favorecen el reflujo

- *Distribución según grupo etario*

Figura 5. Distribución de pacientes con ERGE según grupo etario Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024



Elaboración propia. Datos del Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.

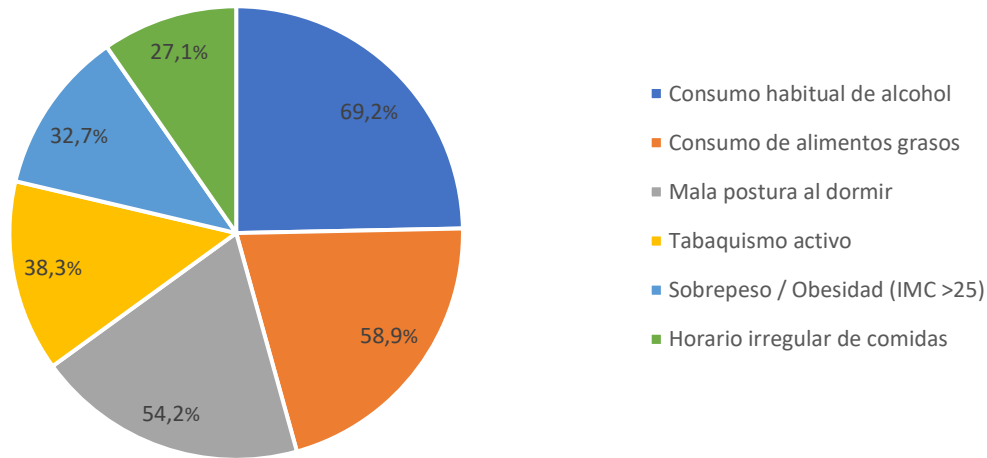
El grupo etario con mayor número de casos fue el de 29 a 39 años, con 116 pacientes (52,5% del total). El grupo de 40 a 50 años representó el 30,3% (67 pacientes) y el de 51 a 60 años el 17,2% (38 pacientes).

Este fenómeno puede explicarse por la mayor exposición a factores de riesgo comportamentales en esa etapa de la vida consumo de alcohol, dieta irregular, estrés laboral y doméstico, embarazos frecuentes, así como por una mayor disposición a consultar ante síntomas que interfieren con la actividad cotidiana y laboral.

Estudios internacionales recientes señalan que la ERGE está afectando a personas cada vez más jóvenes, tendencia posiblemente relacionada con cambios en los patrones dietéticos globales y el incremento del sedentarismo (Yamasaki et al., 2018).

4.2. Resultado del objetivo específico 2

Figura 6. Factores de riesgo identificados en pacientes con ERGE Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024



Fuente: Elaboración propia. Datos del Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.

Nota: Porcentajes calculados sobre 107 pacientes encuestados. Un mismo paciente puede presentar múltiples factores de riesgo. Fuente: Elaboración propia.

De los 107 pacientes encuestados, los tres principales factores de riesgo identificados para la presencia de ERGE fueron el consumo de alcohol, el consumo de alimentos grasos y la mala postura al dormir.

Consumo de alcohol (69,2%): El alcohol fue el factor de riesgo más prevalente, presente en casi 7 de cada 10 pacientes encuestados.

El consumo de alcohol reduce el tono basal del esfínter esofágico inferior (EEI), aumenta la secreción ácida gástrica y daña directamente la mucosa esofágica, facilitando el reflujo y la aparición de esofagitis (Sifrim et al., 2004).

En la comunidad de Gonzalo Moreno, el consumo recreativo y frecuente de bebidas alcohólicas es una práctica culturalmente arraigada, lo que explica su alta prevalencia como factor de riesgo en esta población. Su detección y abordaje debe ser prioritario en las estrategias preventivas del Centro de Salud.

Consumo de alimentos grasos (58,9%): El segundo factor en frecuencia. Las dietas ricas en grasas retrasan el vaciamiento gástrico, prolongan el tiempo de exposición ácida esofágica y reducen el tono del EEI, favoreciendo el reflujo posprandial.

Este patrón dietético es habitual en la alimentación local, donde prevalecen preparaciones fritas, carnes grasas y embutidos (Krenitsky y Decher, 2013).

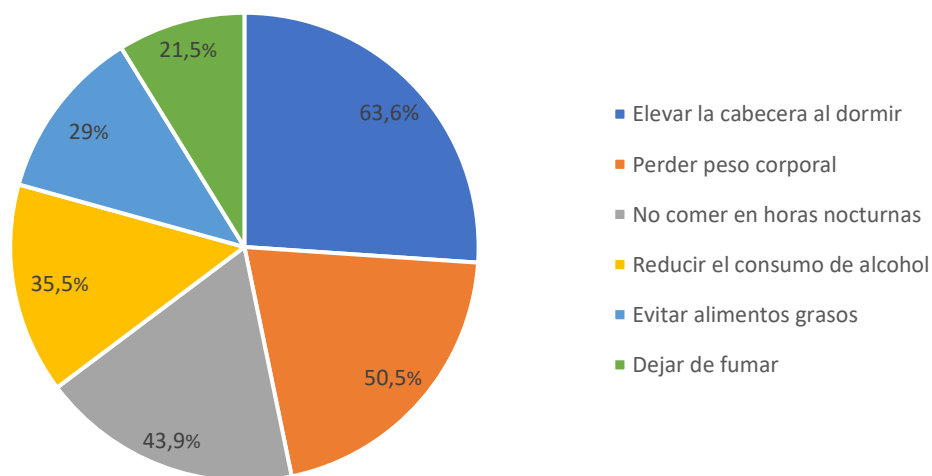
Es importante destacar que la eliminación de estos alimentos no se recomienda de manera generalizada, sino de forma individualizada según la respuesta sintomática de cada paciente (Acedo et al., 2019).

Este hallazgo señala una brecha educativa significativa que debe abordarse en las actividades de educación sanitaria del establecimiento.

4.3. Resultado del objetivo específico 3

Al indagar sobre el conocimiento y la aplicación de medidas preventivas en los 107 pacientes encuestados, se identificó que las tres principales estrategias referidas por los pacientes como útiles fueron las siguientes.

Figura 7. Medidas preventivas reconocidas por los pacientes con ERGE Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024



Fuente: Elaboración propia. Datos del Centro de Salud Gonzalo Moreno, 2024.

Elevar la cabecera al dormir (63,6%): Fue la medida más reconocida por los pacientes.

Esta intervención, que consiste en elevar la cabecera de la cama entre 15 y 30 cm, aprovecha el efecto gravitacional para reducir el reflujo nocturno.

Pérdida de peso (50,5%): La mitad de los pacientes identificó la reducción del peso como medida preventiva útil. La pérdida de peso disminuye la presión intraabdominal, mejora el tono del EEI y reduce la frecuencia e intensidad de los síntomas de reflujo.

Los pacientes con sobrepeso del estudio refirieron mejoría sintomática al bajar de peso, lo que es consistente con la evidencia científica disponible (Acedo et al., 2019). Esta medida debe ser especialmente enfatizada en las consultas de pacientes con IMC elevado.

Evitar comer en horas nocturnas (43,9%): La tercera medida más citada.

Respetar un ayuno de al menos 2-3 horas antes de acostarse reduce el volumen de contenido gástrico presente durante el sueño, disminuye el acid pocket posprandial y reduce el riesgo de reflujo nocturno (Acedo et al., 2019).

Este hábito es especialmente relevante en la comunidad de Gonzalo Moreno, donde muchos pacientes refirieron comer tarde en la noche por las condiciones y horarios de trabajo, particularmente en el sector agrícola y ganadero.

4.5. Análisis Global

Los resultados del presente estudio revelan un patrón coherente con la evidencia científica internacional sobre la ERGE, adaptado al contexto específico del municipio de Gonzalo Moreno, y permiten formular tres reflexiones analíticas centrales:

Primero perfil epidemiológico local de la ERGE: El predominio del sexo femenino (71,5%) y del grupo etario de 29 a 39 años (52,5%) define el perfil de mayor riesgo en esta población. Este patrón sugiere que los factores hormonales y reproductivos progesterona, embarazos frecuentes se combinan con condicionantes socioeconómicos y culturales locales alimentación irregular, carga doméstica, roles de género para amplificar la susceptibilidad femenina a la ERGE en esta comunidad rural.

A nivel internacional, la tendencia al "rejuvenecimiento" de la ERGE ha sido documentada por Yamasaki et al. (2018), quienes la atribuyen a cambios en los estilos de vida y patrones dietéticos modernos.

Segundo factores de riesgo modificables como prioridad de intervención: Los tres factores de riesgo más prevalentes consumo de alcohol (69,2%), consumo de alimentos grasos (58,9%) y mala postura al dormir (54,2%) son todos modificables mediante intervenciones educativas y cambios en el estilo de vida.

Esta característica es de gran relevancia para la salud pública local, ya que indica que una proporción significativa de la carga de ERGE en el municipio podría reducirse con estrategias preventivas no farmacológicas, de bajo costo y alta factibilidad en el primer nivel de atención. El consumo de alcohol merece especial atención, dado que además de su rol en el reflujo, se asocia con mayor riesgo de complicaciones esofágicas graves a largo plazo (Sifrim et al., 2004).

Tercero brecha educativa y necesidad de fortalecimiento de la educación sanitaria: El análisis de las medidas preventivas muestra que, si bien los pacientes tienen conocimiento teórico sobre ellas especialmente elevar la cabecera y perder peso, su aplicación práctica sistemática es limitada. Solo el 35,5% refirió haber reducido el consumo de alcohol como medida preventiva, a pesar de ser el principal factor de riesgo identificado.

Esto señala que el conocimiento por sí solo no es suficiente para el cambio de comportamiento, y que las intervenciones educativas deben complementarse con estrategias motivacionales, consejería individual y seguimiento clínico estructurado (Acedo et al., 2019).

Por último, la ausencia de equipamiento diagnóstico de segundo nivel (endoscopia, pH-metría) en el municipio limita la confirmación etiológica, la estadificación de lesiones y el seguimiento de complicaciones. Esto refuerza la importancia de un diagnóstico clínico riguroso, el uso apropiado de los IBP disponibles en el Sistema Único de Salud (SUS) y el fortalecimiento de los mecanismos de referencia oportuna hacia el nivel hospitalario de Riberalta para los casos de ERGE con datos de alarma o evolución prolongada.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

A partir del análisis sistemático de los resultados obtenidos en el presente estudio, se formulan las siguientes conclusiones:

- El género femenino presentó la mayor incidencia de ERGE en el Centro de Salud Gonzalo Moreno durante el período de estudio, el grupo etario de mayor relevancia fue de 29 a 39 años el más).
- Los factores que más influyeron en la presencia de ERGE en la población estudiada fueron: el consumo habitual de alcohol como factor predisponente.
- La detección temprana, el tratamiento oportuno con IBP y el manejo integral de la ERGE son esenciales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones.

5.2. Recomendaciones

- Se recomienda implementar talleres de educación sanitaria participativos, dirigidos prioritariamente a mujeres en edad productiva del municipio de Gonzalo Moreno, con énfasis en la reducción del consumo de alcohol principal factor de riesgo identificado, la importancia de los horarios regulares de alimentación, la reducción del consumo de alimentos grasos y la adopción de posturas correctas al dormir. Estos talleres deben utilizar materiales visuales y lenguaje adaptado al contexto sociocultural local.
- Se recomienda incorporar el tamizaje sistemático de los factores de riesgo de ERGE consumo de alcohol, dieta, postura al dormir, IMC, tabaquismo en la historia clínica estructurada de las consultas de atención primaria del Centro de Salud Gonzalo Moreno, especialmente en el grupo de mujeres de 29 a 39 años, con el fin de identificar y intervenir oportunamente sobre los factores modificables.
- Se recomienda fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia con el nivel hospitalario de Riberalta, estableciendo criterios claros para la derivación oportuna de pacientes con datos de alarma (disfagia, hemorragia digestiva, pérdida de peso no intencionada, anemia) o con ERGE de más de 5 años de evolución que requieran evaluación endoscópica para descartar complicaciones como el esófago de Barrett o el adenocarcinoma esofágico.
- Se recomienda realizar estudios de seguimiento que evalúen el impacto de las intervenciones educativas sobre la modificación de los factores de riesgo identificados, y documentar sistemáticamente los casos de ERGE en el municipio de Gonzalo Moreno para construir una base epidemiológica local que oriente futuras políticas de salud en el departamento de Pando.
- Se recomienda a las autoridades de salud departamentales gestionar la incorporación progresiva de equipamiento diagnóstico básico de segundo nivel en el municipio, o el fortalecimiento de los convenios con el Hospital de Riberalta, para mejorar la capacidad de diagnóstico y seguimiento de la ERGE y sus complicaciones en la región.

BIBLIOGRAFÍA

- Acedo, J., Balboa, A., Ciriza, C., Estremera, F., Guarner-Argente, C., Mas, P., et al. (2019). Documento de actualización de la Guía Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. Madrid: International Marketing & Communication, SA.
- Alcedo, J., & Mearin, F. (2012). La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. En: Montoro, M.A., & García Pagán, J.C. (Eds.), *Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica* (2.ª ed., pp. 197-211). Madrid: Jarpyo Editores SA.
- Ciccaglione, A. F., & Marzio, L. (2003). Efecto de la administración aguda y crónica del agonista del receptor GABA B, baclofeno, sobre la pH-metría de 24 horas y los síntomas en sujetos control y en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Gut*, 52(3), 464-470. <https://doi.org/10.1136/gut.52.4.464>
- Clarke, A. T., Wirz, A. A., Manning, J. J., Ballantyne, S. A., Alcorn, D. J., & McColl, K. E. (2008). La enfermedad por reflujo grave se asocia con una bolsa de ácido gástrico proximal agrandada y sin amortiguación. *Gut*, 57(3), 292-297. <https://doi.org/10.1136/gut.2006.109421>
- Krenitsky, JS y Decher, N. (2013). Tratamiento nutricional médico en los trastornos del esófago, estómago y duodeno. En: Kathleen Mahan, L., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (Eds.), *Krause Dietoterapia* (13.ª ed., págs. 592-609). Gea Consultoría Editorial, SL. Elsevier España SL.
- Kwiatek, M. A., Roman, S., Fareeduddin, A., Pandolfino, J. E. y Kahrilas, P. J. (2011). Una formulación de alginato-antiácido (Gaviscon Double Action Liquid) puede eliminar o desplazar la «bolsa de ácido» posprandial en pacientes sintomáticos con ERGE. *Farmacología y terapéutica alimentaria*, 34(1), 59-66. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2011.04678.x>

- Sifrim, D., Castell, D., Dent, J., & Kahrilas, P. J. (2004). Monitorización del reflujo gastroesofágico: Revisión e informe de consenso sobre la detección y definiciones del reflujo ácido, no ácido y gaseoso. *Gut*, 53(7), 1024-1031. <https://doi.org/10.1136/gut.2003.033290>
- Vakil, N., van Zanten, S. V., Kahrilas, P., Dent, J., & Jones, R. (2006). Definición y clasificación de Montreal de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: un consenso global basado en la evidencia. *American Journal of Gastroenterology*, 101(8), 1900-1920. <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00630.x>
- Yamasaki, T., Hemond, C., Eisa, M., Ganocy, S., & Fass, R. (2018). La epidemiología cambiante de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: ¿los pacientes son cada vez más jóvenes? *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 24(4), 559-569. <https://doi.org/10.5056/jnm18140>
- Zerbib, F., Sifrim, D., Tutuian, R., Attwood, S., & Lundell, L. (2013). Manejo médico y quirúrgico moderno de la ERGE de difícil tratamiento. *United European Gastroenterology Journal*, 1(1), 21-31. <https://doi.org/10.1177/2050640612474463>

ANEXOS

Anexo 1. Registro Fotográfico del S.S.S.R.O.

Actividades desarrolladas durante el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio (S.S.S.R.O.) en el Centro de Salud Gonzalo Moreno, municipio de Gonzalo Moreno, departamento de Pando, gestión 2024.







ENCUESTAS REALIZADAS PARA DESARROLLAR EL TRABAJO DE INVESTIGACION





