



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

TEMA:

PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR
CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE
POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES
REUMÁTICAS INFLAMATORIAS.

AUTOR (ES):

LÓPEZ GUERRERO ALLYSSON GEOVANNA

LUQUE CERVANTES GEOVANNY JOSÉ

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

MÉDICO

TUTOR:

ZÚÑIGA VERA, ANDRÉS EDUARDO

Guayaquil, Ecuador

3 de Mayo del 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **LÓPEZ GUERRERO, ALLYSSON GEOVANNA** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f. _____

Dr. Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA
CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **LUQUE CERVANTES, GEOVANNY JOSÉ** como requerimiento para la obtención del título de **MÉDICO**.

TUTOR

f. _____

Dr. Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

(Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs)

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **LÓPEZ GUERRERO, ALLYSSON GEOVANNA**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020

EL AUTOR (A)

f.

LÓPEZ GUERRERO, ALLYSSON GEOVANNA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **LUQUE CERVANTES, GEOVANNY JOSÉ**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020

EL AUTOR (A)

f.

LUQUE CERVANTES, GEOVANNY JOSÉ



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **LÓPEZ GUERRERO, ALLYSSON GEOVANNA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020

EL AUTOR(A):

f.

LÓPEZ GUERRERO, ALLYSSON GEOVANNA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, LUQUE CERVANTES, GEOVANNY JOSÉ

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2020

EL AUTOR:

f.

LUQUE CERVANTES, GEOVANNY JOSÉ

REPORTE URKUND

Urkund Analysis Result

Analysed Document:	PROM 64, LOPEZ GUERRERO, LUQUE CERVANTES.docx (D70332781)
Submitted:	5/7/2020 10:47:00 AM
Submitted By:	allyssonlopez30@hotmail.com
Significance:	0 %

LÓPEZ GUERRERO ALLYSSON GEOVANNA

LUQUE CERVANTES GEOVANNY JOSÉ

AGRADECIMIENTO

Ante todas las cosas quiero agradecer a Dios por todas las cosas buenas que ha hecho por mí, eso me permitió llegar hasta donde estoy, y espero me permita llegar más lejos de la mano de él.

A mi papá que ha estado apoyándome desde el primer día que comenzó todo esto, me lleno la cabeza con la idea de que podía conseguir todo si me lo proponía honradamente y sin hacerle daño a nadie. Sin él todo esto no hubiera sido posible y se hubiera quedado en un sueño.

A mi mamá que ha sido mi motivación para continuar cuando he querido dejar todo, motivándome día a día, la que se levantaba temprano para hacerme el desayuno, la que siempre quería hablar con los doctores para que me permitan mejorar una calificación, y me tenía paciencia cuando venía estresada del hospital. ¡Gracias por tanto mami!

A mis hermanos, Michelle y Junior por siempre alegrar mis días cansados con sus ocurrencias, estuvieron durante todo este proceso y son testigos de que no ha sido fácil, pero si ha sido gratificante.

A mi compañero de tesis, Geovanny, que ha estado desde mis practicas hospitalarias de mi lado siempre con su espíritu alegre que tanto lo caracteriza, quizás esta hubiera sido la tesis de alguien más, pero me alegro que el camino de ambos se juntó para poder llegar hasta donde estamos, estoy orgullosa de lo que hemos logrado.

Al Dr. Zúñiga por guiarnos durante el transcurso de toda la tesis, e impartir su conocimiento con nosotros, y con la comunidad en general.

- Allysson López Guerrero

AGRADECIMIENTO

Con las palabras redactadas a continuación deseo agradecer a personas muy importante de mi vida, las cuales, me han apoyado tanto mentalmente, económicamente y sentimental, a todas ellas muchas gracias por todo.

A mi padre por siempre estar en todo momento de necesidad brindándome las mejores condiciones para poder lograr los objetivos propuestos a lo largo de mi vida estudiantil, por confiar en mí y siempre alentarme a dar todo mi potencial para dar un mejor servicio a quien lo necesite. Después de todo él ha sido mi inspiración para escoger esta profesión al servicio de los demás.

A mi madre que ha sido mi pilar fundamental, en los momentos más difíciles ella ha estado presente y siempre he podido contar con ella, brindándome, alivio, soluciones para seguir adelante con cada inconveniente, siempre preocupada por mi bienestar, presente en todas mis alegrías y en mis pensamientos todos los días.

A un ser que es mi Luz fundamental mi abuela, la cual es el amor más sincero que podre encontrar, me ha apoyado sentimentalmente con su afecto incondicional desde que yo tengo memoria y cada día me lo recuerda y eso es muy importante para mí.

A mi compañera de tesis, Allysson, la cual ha ayudado que este proceso de tesis haya sido menos complicada debido a que es una gran compañera, muy detallista, responsable que ha dado todo de ella y sobre todo me ha ayudado para que yo también de todo de mí para este trabajo, estoy orgulloso de lo que hemos logrado.

Al Dr. Zúñiga, el cual es un excelente profesional y tutor, nos ha guiado maravillosamente con ideas, conocimiento y herramientas para poder realizar esta investigación y que sea de utilidad para aliviar dolencias de los pacientes.

-Geovanny Luque Cervantes.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a mis padres, Dr. Geovanny Luque Robles y Obs. Martha Cervantes Meza que han luchado mucho para yo esta en esta etapa de mi vida universitaria. A mi abuela Luz Meza, por apoyarme emocionalmente.

-Geovanny Luque Cervantes

Dedico este trabajo a mis padres, han hecho todo lo posible para que nunca me falte nada, me han enseñado valores valiosos que me servirán durante toda mi vida profesional. Esto es por y para ustedes.

- Allysson López Guerrero



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

f. _____

Dra. Otero María Elisa Celi



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CALIFICACIÓN

TUTOR

f. _____

Dr. Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
MATERIALES Y MÉTODOS.....	15
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....	34
CONCLUSIONES.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	43

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. VARIABLES.....	18
TABLA 2. TIPO DE GÉNERO EN GRUPO CONTROL.....	23
TABLA 3. CONSUMO DE TABACO EN GRUPO CONTROL.....	23
TABLA 4. INGESTA DE ALCOHOL EN GRUPO CONTROL.....	24
TABLA 5. ACTIVIDAD FÍSICA SEMANALMENTE EN GRUPO CONTROL.....	24
TABLA 6. TAZAS DE CAFÉ SEMANALMENTE EN GRUPO CONTROL.....	24
TABLA 7. INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES EN GRUPO CONTROL.....	24
TABLA 8. ANTIÁCIDOS ORALES EN GRUPO CONTROL.....	25
TABLA 9.- TIPO DE GÉNERO EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICA.....	27
TABLA 10.- ACTIVIDAD FÍSICA EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	27
TABLA 12.- CONSUMO DE CAFÉ EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	27
TABLA 13.- ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	28
TABLA 14.- USO DE CORTICOIDES EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	28
TABLA 15.- USO DE AINES EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	28
TABLA 16.-COMPARACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE RFL Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	30
TABLA 17.- CHI CUADRADO DE LA PRESENCIA DE RFL Y DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	30
TABLA 18.- COMPARACIÓN ENTRE LAS MEDIAS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO DE ESTUDIO.....	31
TABLA 19.- T - DE STUDENT ENTRE LAS MEDIAS DE LOS RESULTADOS DEL CUESTIONARIO ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO DE ESTUDIO.....	31
TABLA 20.- TABLA RELACIONAL ENTRE PRESENCIA DE RFL Y ACTIVIDAD FÍSICA.....	33
TABLA 21.-TABLA RELACIONAL ENTRE PRESENCIA DE RFL Y ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS.....	33
TABLA 22.- TABLA RELACIONAL ENTRE PRESENCIA DE RFL Y FACTORES FARMACOLÓGICOS.....	34
TABLA 23.- TABLA RELACIONAL ENTRE UTILIZACIÓN DE AINE/SINTOMATOLOGÍA CLÁSICA ERGE Y USO DE IBP.....	34

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1.- FRECUENCIA DE CONSUMO DE ARROZ SEMANALMENTE EN GRUPO CONTROL.....	24
GRÁFICO 2.- RESULTADOS TEST DE RFL EN GRUPO CONTROL.....	24
GRÁFICO 3.- CONSUMO DE ARROZ EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	28
GRÁFICO 4: CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOMS INDEX” EN PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS.....	28

RESUMEN

Introducción: El reflujo faringolaríngeo (RFL) es una causa muy común de morbilidad del tracto aerodigestivo superior. Es una afección médica común que afecta aproximadamente entre el 35% y el 40% de la población adulta en el mundo. Aun no existe un examen considerado “Gold Standard” para la detección de RFL patológico, hasta el momento el diagnóstico del RFL se basa en la clínica de la enfermedad usando el cuestionario “Reflux Symptom Index”, sumando la asociación de factores de riesgo, y fármacos usados para aminorar los síntomas de reflujo. Algunas enfermedades sistémicas tienen varias repercusiones otorrinolaringológicas. **Objetivo:** Definir la prevalencia de síntomas de RFL medida por cuestionario “Reflux Symptom Index” y correlación de posibles factores asociados en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. **Materiales y Métodos:** se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. La información se recolectó a través de una encuesta realizada en formularios Google, en la cual se realizó una cartilla de invitación para que formen parte del estudio. Esta encuesta fue presentada de manera digital y de manera física a las personas que cumplían los criterios de selección y aceptaron colaborar con el estudio. **Resultados:** El promedio de los resultados fue de 6.71 puntos, en cuanto a los resultados de SRI 20 personas (13.79%) obtuvieron una puntuación positiva para el test (puntuación >13), 125 personas (86.21%) obtuvieron una puntuación negativa para el cuestionario (puntuación < 13). **Conclusiones:** El reflujo faringolaríngeo fue más prevalente en la población con enfermedades reumáticas comparado con pacientes sin enfermedades reumatológicas medido por la escala “Reflux Symptom Index”. Los factores de riesgo que tuvieron relación con el RFL fueron la poca actividad física y la utilización de calcio antagonistas en nuestros pacientes.

Palabras clave: Gastroenterología, cuestionario, Índice de Síntomas de Reflujo, formulario Google, reflujo faringolaríngeo, enfermedades reumatológicas.

ABSTRACT

Introduction: Pharyngolaryngeal reflux (LPR) is a very common cause of morbidity in the upper aerodigestive tract. It's a common medical condition that affects approximately 35% to 40% percent of the adult's population in the world. There's not yet a Gold Standard test for the detection of LPR, so far the diagnosis of LPR has been based on the clinical signs of the disease using the questionnaire "Reflux Symptom Index", adding association of risk factors, and medication intake to reduce reflux symptoms. Some systemic diseases have various otorhinolaryngological repercussions. **Objective:** Define the prevalence of LPR symptoms measured by the questionnaire "Reflux Symptom Index" and the correlation of possible associated factors in patients with rheumatic inflammatory diseases. **Materials and Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. The information was collected through a survey carried out on Google forms, in which an invitation card was made to be part of the study. This survey was presented digitally and physically to people who met the selection criteria and agreed to collaborate with the study. **Results:** The average of the results was 6.71 points, regarding the SRI results, 20 people (13.79%) obtained a positive score for the questionnaire (score > 13), 125 people (86.21%) obtained a negative score for the questionnaire (score < 13). **Conclusions:** Pharyngolaryngeal reflux was more prevalent in the population with rheumatic diseases compared to patients without rheumatic diseases as measured by "Reflux Symptom Index" scale. Risk factors were related to LPR were low physical activity and use of calcium antagonists in our patients.

KEYWORDS: Gastroenterology, questionnaire, Reflux Symptom Index, Google form, pharyngeal laryngeal reflux, rheumatologic disease

INTRODUCCIÓN

El reflujo faringolaríngeo (RFL) es una causa muy común de morbilidad del tracto aerodigestivo superior. Este síndrome resulta ser una variante de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), debido a que el reflujo gástrico de manera retrógrada alcanza la laringofaringe causando lesiones en el epitelio laríngeo, desencadenando los signos clásicos de esta patología: tos crónica, laringitis, disfonía, globus laríngeo, carraspeo excesivo, disfagia leve⁽¹⁾.

Es una condición médica común que afecta aproximadamente entre el 35% y 40% de la población adulta en el mundo. De origen multifactorial, incluyendo la disfunción del esfínter esofágico, y el tiempo de exposición al material refluído. Solo bastan 4 episodios de RFL, con pH <4 a la semana para que se produzca algún daño, a diferencia del ERGE el cual requiere de 50 episodios semanales para producir daño alguno⁽²⁾.

Aún no existe un examen considerado “Gold Standard” para la detección de RFL patológico, hasta el momento el diagnóstico del RFL se basa en la clínica de la enfermedad usando el cuestionario “Reflux Symptom Index”(RSI) sumado a la respuesta a inhibidores de bomba de protones y estudios de pH supraesofágico positivos⁽³⁾.

La importancia del RFL radica en que se presenta en hasta el 10% de los pacientes que acuden a la consulta otorrinolaringológica⁽⁴⁾. Un estudio realizado por Villeneuve A. et al, demostraron que las enfermedades sistémicas con expresión otorrinolaringológicas son numerosas, seguidas de otras afectaciones orgánicas. Es esencial conocer estas enfermedades para orientar el diagnóstico y el estudio en busca de afectaciones orgánicas incipientes⁽⁵⁾.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Definir la prevalencia de síntomas de RFL medida por cuestionario “Reflux Symptom Index” y correlación de posibles factores asociados en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.

Objetivos Específicos:

1. Calcular prevalencia de RFL con cuestionario “Reflux Symptom Index” en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.
2. Recoger los factores de riesgo tradicionales del RFL.
3. Determinar los factores de riesgos contribuyentes al desarrollo de RFL en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. DEFINICIÓN, PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO FARINGOLARINGEO (RFL), FISIOPATOLOGÍA, CLASIFICACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA

DEFINICIÓN

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) fue conceptualizada como una condición en la cual el paso de contenido gástrico al esófago produce la aparición de síntomas o complicaciones que afectan la calidad de vida⁽⁶⁾.

La guía del American College of Gastroenterology explica la asociación entre síntomas faríngeos (tos crónica, laringitis crónica) y de vías respiratorias (asma) asociadas con el material refluido⁽⁷⁾.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

El RFL es una variante de la ERGE, siendo una de las condiciones más comúnmente diagnosticadas en la práctica de la otorrinolaringología. Está presente en hasta un 50% de los pacientes con trastornos de la voz y se ha reportado hasta en 10% de los pacientes que van a la consulta otorrinolaringológica⁽⁸⁾.

Las diferencias geográficas son significativas, de forma que, mientras en el sudeste asiático la frecuencia global de síntomas de ERGE es del 7,4 % (IC 95 %: 5-10,1 %), en América central alcanza el 19,6 % (IC 95 %: 16,2-23,4%). En Europa, área donde existe más información publicada al respecto, el mismo porcentaje es del 17,1 % (IC 95 %: 15,1-19,1 %) ⁽⁹⁾.

En el 2016 en la ciudad de México se realizó una encuesta nacional en población abierta (SIGAME), en la cual de acuerdo a los criterios de Roma III se encontró la frecuencia de pirosis y regurgitaciones al menos una vez por semana es del 12.1% (IC del 95%, 11.09 a 13.1) en quienes presentan los síntomas todos los días, y del 49.1% (IC del 95%, 47.5 a 50.6) en quienes los presenta al menos una vez al mes ⁽¹⁰⁾.

FISIOPATOLOGÍA

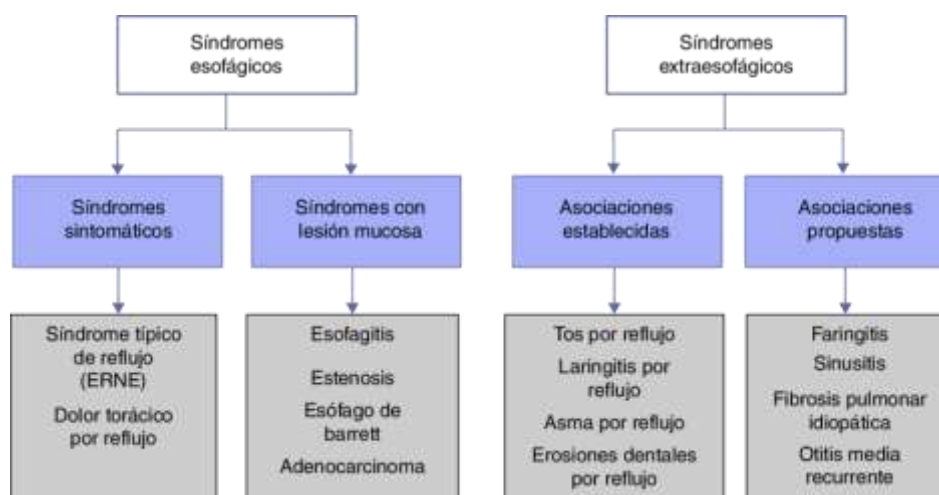
En un inicio se creía que era una entidad unidimensional considerando por separado a la hernia hiatal, el esfínter esofágico inferior hipotenso y las relajaciones transitorias del EEI. Actualmente, se la considera como una patología en la cual intervienen todos estos mecanismos haciéndola una entidad multifactorial. En el modelo fisiopatológico actual se habla de un desequilibrio entre factores protectores y factores agravantes. Entre los factores agravantes encontramos al material gástrico (ácido, pepsina, sales biliares, enzimas pancreáticas), siendo estos nocivos para el esófago, y por otro lado entre los factores protectores se encuentra la barrera antirreflujo que se encuentra en la unión gastroesofágica, como su nombre lo dice tiene como objetivo evitar el paso de material gástrico al esófago, los trastornos en la motilidad del esófago están presentes en alrededor de un 30% de los pacientes con ERGE; la motilidad esofágica inefectiva es la alteración más prevalente⁽¹¹⁾.

Existen dos hipótesis en cuanto a cómo se produce el daño laríngeo. La primera se cree que el ácido péptico es el causante de un daño directo a la laringe y a los tejidos alrededor, la segunda hipótesis es que en el esófago distal se estimulan reflejos vágales producidos por el ácido en el esófago, produciendo lesiones laríngeas y su sintomatología⁽¹²⁾.

CLASIFICACIÓN

La ERGE y el RFL son considerados como parte de una misma patología con un origen multifactorial, pero que se diferencia en su sintomatología, presentación clínica y su tratamiento. La clasificación más utilizada es la de Montreal, separa esta patología en síndromes esofágicos y síndromes extra-esofágicos⁽¹³⁾. **(Ver tabla 1).**

TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE MONTREAL PARA LA ERGE. ⁽¹⁴⁾



MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas típicos de ERGE son regurgitación y pirosis. Un diagnóstico presuntivo se asocia a la presencia de estos dos síntomas en pacientes jóvenes (<50 años), sin signos de alarma asociados ⁽¹¹⁾.

No todos los casos de ERGE se asocian con RFL, y no todos los pacientes con RFL tienen rasgos típicos de ERGE. El ardor de estómago y regurgitación, síntomas de reflujo clásicos, que se conocen como “ERGE típico”, pueden estar ausentes en más de la mitad de los pacientes que se presentan con manifestaciones extra-esofágicas. El RFL se ha asociado con varios síntomas, como tos crónica, el globo faríngeo, carraspeo constante, ronquera idiopática, catarro, y episodios de asfixia. Por lo que la anamnesis del paciente debe de ser clara y precisa al momento de su realización ⁽¹²⁾.

CAPÍTULO II. FACTORES DE RIESGO/ POBLACIÓN SUCEPTIBLE

GÉNERO Y EDAD

Revisiones sistemáticas de investigación científica sugieren que la frecuencia de los síntomas no cambia a medida que envejecemos, aunque la intensidad de los síntomas puede disminuir después de los 50 años. El envejecimiento aumenta la prevalencia de esofagitis erosiva, con grado de evidencia según la clasificación de los Angeles C y D. Hay pocos datos que aborden las características de la ERGE indistintamente del sexo del paciente, sin embargo, existe mayor probabilidad del desarrollo de esofagitis erosiva en hombres. El esófago de Barrett es más frecuente en hombres que en mujeres. La relación de género para el adenocarcinoma esofágico se estima en 8: 1 hombre a mujer ⁽¹³⁾.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Existe una relación definitiva entre la ERGE y la obesidad, varios estudios en un Metanálisis sugieren una asociación entre el índice de masa corporal (IMC), la circunferencia abdominal, la ganancia de peso y la presencia de síntomas y complicaciones de la ERGE que incluyen la esofagitis erosiva y el esófago de Barrett. Múltiples estudios de cohortes han demostrado una reducción en los síntomas de ERGE con pérdida de peso ⁽¹⁵⁾.

En una población estudiada en sujetos con síntomas de ERGE a los que se realiza una pHmetría, se observó que los pacientes con obesidad presentaban cinco veces más riesgo que los normo pesos con los mismos síntomas, de tener una exposición ácida considerada patológica, habiéndose demostrado una discreta relación positiva entre el IMC y el tiempo de exposición ácida y evidente relación positiva entre la circunferencia de la cintura y la exposición ácida. El hecho de que con los mismos síntomas los pacientes obesos tengan más frecuentemente una pHmetría anormal puede ser reflejo de que los pacientes obesos no manifiestan clínicamente la enfermedad igual que los normopesos. La prevalencia de ERGE entre obesos mórbidos definida por criterios sintomáticos es del 22,5%, mientras que la prevalencia según criterios pHmétricos es del 50%, siendo la pHmetría el único criterio de ERGE en un 27,5% de los pacientes ⁽¹⁶⁾.

HÁBITOS ALIMENTICIOS

No deben confundirse con los factores que favorecen o exacerban la ERGE, como los alimentos altos en grasas, cafeína, cebolla cruda, dulces, y cítricos, se ha demostrado que estos tienen una evidencia científica débil, exceptuando, las bebidas carbonatadas y las comidas copiosas que presenta una evidencia científica moderada para desarrollar reflujo posprandial ⁽¹⁷⁾.

HÁBITOS TÓXICOS

El uso de cigarrillos reduce la presión del esfínter esofágico inferior, se encontró una asociación entre el historial de tabaquismo y los síntomas asociados a RFL, sin embargo la asociación fue débil y se relacionó principalmente con fumar en lugar de tener un antecedente de haber fumado. La ingestión de alcohol disminuye la presión del esfínter esofágico inferior, por lo que se aconseja disminuir su consumo o dejarlo por completo ⁽¹⁷⁾.

CAPÍTULO III. DIAGNÓSTICO. ÍNDICE DE SÍNTOMAS DE REFLUJOFARÍNGEO- LARÍNGEO (RFL) Y SU RELACIÓN CON EL DX. ESTÁNDAR.

ÍNDICE DE SÍNTOMAS DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO (ISR)

El RFL es una enfermedad infra diagnosticada para el cual las técnicas comunes de diagnóstico de ERGE pierden su especificidad y sensibilidad debido a esta problemática Belafsky y colaboradores elaboraron un cuestionario ⁽¹⁸⁾. El índice de síntomas de reflujo (ISR) es útil para la valoración inicial y evaluación de la respuesta al tratamiento. Este cuestionario es válido confiable y auto administrado. Una puntuación mayor de 13 se lo considerara patológica ⁽¹⁹⁾. **(Ver tabla 2)**

TABLA 2. VERSIÓN TRADUCIDA DEL REFLUX SYMPTOM INDEX ⁽¹⁹⁾

INDICE DE SÍNTOMAS DE REFLUJO	0= sin problemas; 5= problema severo					
1.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad para producir sonidos al tratar de hablar o percibe un cambio en el tono o calidad de la voz?	0	1	2	3	4	5
2.- ¿En el último mes, ha presentado carraspera en su garganta de manera constante?	0	1	2	3	4	5
3.- ¿En el último mes, ha presentado exceso de moco en la garganta?	0	1	2	3	4	5
4.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad al tragar alimentos sólidos, líquidos o píldoras?	0	1	2	3	4	5
5.- ¿En el último mes, ha presentado tos después de comer o al acostarse?	0	1	2	3	4	5
6.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad para respirar o atragantamiento?	0	1	2	3	4	5
7.- ¿En el último mes, ha presentado tos causa problemas o muy molesta?	0	1	2	3	4	5
8.- ¿En el último mes, ha presentado sensación de cuerpo extraño en la garganta?	0	1	2	3	4	5
9.- ¿En el último mes, ha presentado agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta?	0	1	2	3	4	5

DX ESTÁNDAR Y RELACIÓN CON EL ISR

La metodología empleada para diagnosticar el RFL incluye diversas modalidades: exploración laríngea (fibrolaringoscopia), pH-metría ambulatoria de 24 h (con sensor faríngeo y esofágico), mano-metría esofágica, test sensitivo laríngeo con monitorización de la impedancia intraluminal y esofagoscopia o esofagografía, de todos ellos, la pH-metría ambulatoria es el método con mayor sensibilidad y especificidad diagnóstica, considerado el estándar, si lo comparamos con el resto de las pruebas diagnósticas que tenemos a nuestro alcance. El método invasivo de la prueba, los costes y el desarrollo de estrategias de organización que supondría la utilización de la pH-metría ambulatoria de 24 hrs. como herramienta diagnóstica de RFL a todos los pacientes con una alta sospecha diagnóstica hacen inviable usarla, y se la restringe a situaciones especiales, como falta de respuesta al tratamiento médico o complicaciones asociadas (estenosis, esófago de Barret, etc.), o como exploración complementaria antes de indicar el tratamiento quirúrgico⁽¹²⁾.

De hecho, la historia clínica orientada mediante el cuestionario Reflux Symptom Index (RSI) y la exploración fibroendoscópica dirigida para apreciar signos clínicos de RFL mediante el Reflux Finding Score (RFS) son métodos validados en el diagnóstico del RFL, con unas sensibilidades del 75,6 y el 80,7 %, respectivamente para el RSI y el RFS, en el diagnóstico definitivo del RFL (comparadas con el estándar) y una especificidad del 18,8 % para RSI y del 37,5 % para el RFS ⁽¹²⁾.

En un estudio realizado en la Universidad Católica Santiago de Guayaquil emplearon el cuestionario RSI a 310 estudiantes de la carrera de medicina, relacionando la puntuación obtenida con factores de riesgo, obteniendo como promedio de 14.77 puntos (DE 7,55) con un mínimo de 0 hasta un máximo de 36 puntos, entre los hábitos tóxicos y alimenticios como el fumar y el consumo de arroz se obtuvo una relación de 21% y de 22.8% respectivamente ⁽²⁰⁾.

CAPÍTULO IV: RFL ASOCIADO A ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTÉMICAS (EIS)

ENFERMEDADES MIXTAS DEL TEJIDO CONECTIVO

Las enfermedades mixtas del tejido conectivo son una entidad clínica que se caracteriza por una combinación de signos y síntomas entre ellos engloba el lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, polimiositis, dermatomiositis, entre los cuales uno de los síntomas más frecuentes es la disfagia secundaria a ERGE. Se puede encontrar una disfunción en los esfínteres esofágico inferior y superior con disminución de sus presiones y con mayor amplitud del peristaltismo en los dos tercios inferiores del esófago ⁽²¹⁾.

La esclerodermia es una enfermedad de tejido conectivo multisistémica, caracterizado por presentar fibrosis del tejido salivar, la cual produce un síndrome seco. Las alteraciones esofágicas están presentes en un 50-90% de los casos. En un estudio realizado en pacientes con esclerodermia se evaluó, a través de manometría, diferentes aspectos de los trastornos gastrointestinales, se observó que existen anomalías en el peristaltismo (82%), incompetencia en el esfínter esofágico inferior (39%). Predisponiendo a desarrollar ERGE con sus complicaciones posteriores. Todas estas afectaciones explican los trastornos de la voz y de la deglución ⁽²²⁾.

El lupus eritematoso sistémico además de la afectación propia de la enfermedad tiene afectación ORL, como la afectación de pares craneales, entre ellas el X, VII, V, sordera de percepción, además laringitis crónica con nódulos de bambú en las cuerdas vocales ⁽²³⁾.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide causa anquilosis cricoaritenoides, caracterizado por presentar disfonía, llegando a causar disfagia con bronco aspiraciones y disnea laríngea. Además existirá una afectación isquémica de los vasos nervorum de los nervios laríngeos que puede llegar a producir parálisis laríngea ⁽²³⁾.

SÍNDROME DE SJOGREN PRIMARIO

En relación con el sistema digestivo lo más frecuente a denotar es la relación entre la dificultad deglutoria del bolo alimenticio y de su posterior paso a través del esófago. Siendo la disfagia el síntoma con mayor prevalencia en estos pacientes causantes de una inadecuada producción de saliva y de la motilidad esofágica. En un estudio de casos y controles en el país de Chile realizado por Carlos Manterola en el cual se valoraba las alteraciones motoras esofágicas en pacientes con Sjögren, observó que la presión en el esfínter esofágico inferior fue menor que en los controles, condición característica en la fisiopatología del ERGE ⁽²⁴⁾.

CAPÍTULO V: TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS SISTÉMICAS Y SU ASOCIACIÓN AL DESARROLLO DE RFL

AINES

Diversos fármacos pueden favorecer el reflujo, ya que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior. El consumo de ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos se asocia con erosiones esofágicas y con posible aparición futura de estenosis esofágica, pero su papel en la ERGE no está del todo aclarado ⁽²⁵⁾.

AGENTES NEUROMODULADORES

Una pequeña serie de casos sugieren que los antidepresivos tricíclicos y neuromoduladores como la gabapentina y pregabalina, proporcionan beneficio cuando la sensibilidad laríngea (neuropatía) contribuye a los síntomas de RFL. Se empieza con el uso de nortriptilina en pacientes que tienen poca respuesta o no responden a otras terapias (dieta, modificaciones en el comportamiento o supresión del ácido) o en pacientes que han sido examinados y no presentan edema, eritema o secreciones. También se empieza la terapia en pacientes que presenten asimetría laríngea consistente en la examinación, posiblemente esto será un indicador de paresia laríngea ⁽²⁵⁾.

La nortriptilina puede iniciarse mientras el paciente este siendo destetado de su tratamiento con IBP, se empieza con 10 mg antes de acostarse durante tres meses, en caso de no haber respuesta aumentamos la dosis a 20 mg durante un periodo adicional de 3 meses. En caso de no haber respuesta, el paciente debe ser destetado en el transcurso de 6 – 9 semanas (por ejemplo, 10 mg cada día durante tres semanas, luego cada dos días durante tres semanas, luego cada tres días durante tres semanas, así hasta acabarlo por completo.) ⁽²⁵⁾.

ANTAGONISTAS DE LOS CANALES DE CALCIO

Los episodios de reflujo en pacientes que toman calcio antagonistas se producen principalmente por relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior debido a la

distensión del fondo gástrico; esto debido a que al no estar correctamente cerrada esta válvula, el contenido gástrico que presenta un pH ácido, provoca ardor y regurgitación, cuando el contenido gástrico sobrepasa el esfínter esofágico inferior llega a la garganta o la boca, se habla de pirosis, sensación de quemazón o dolor producida en el esófago como consecuencia de la regurgitación del ácido gástrico ⁽¹⁶⁾.

INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)

Estos fármacos se ligan de forma irreversible a la bomba de protones de la célula parietal gástrica, reduciendo en más de un 90% la secreción ácida. Siendo eficaces para curar las lesiones endoscópicas de los casos más graves de esofagitis ⁽²⁶⁾.

Las directrices de la American Academy of Otorrinolaringología-Cirugía de Cabeza y Cuello recomiendan IBP 2 veces al día durante no menos de 6 meses para la mayoría de los pacientes con RFL ⁽²⁷⁾.

Se sugiere que los pacientes con síntomas de RFL y ERGE sean tratados con IBP. Sin embargo, hay evidencia relativamente débil de la eficacia en pacientes sin ERGE concomitante. En ausencia de la ERGE sintomático, no es recomendable el tratamiento con la terapia de bloqueo de ácido. Sin embargo, una minoría de pacientes con RFL que han tenido síntomas graves que afectan significativamente su calidad de vida podrían beneficiarse de la terapia antiácida. El tratamiento se inicia con dosis bajas de IBP (Ej. omeprazol 20 mg) una vez al día, media hora antes de las comidas. Si los síntomas no comienzan a mejorar dentro de seis a ocho semanas, la dosis puede ir incrementando hasta dos veces al día o incluso aumentar la dosis ⁽²⁸⁾.

Si no hay ninguna mejora apreciable de los síntomas con el aumento de la dosis después de un período adicional de seis a ocho semanas, destetamos al paciente del IBP lentamente, disminuyendo tanto la dosis y el aumento del intervalo diario. El tratamiento de la RFL con IBP se cree que requieren por lo menos seis meses de tratamiento. Esto se basa en resultados de estudios endoscópicos que muestra el tiempo necesario para disminuir el edema laríngeo. Por otra parte, un ensayo que comparaba omeprazol con placebo no mostro ningún cambio significativo en la apariencia laringoscopia o síntomas clínicos distintos de la garganta de compensación. Por el contrario, varios pequeños ensayos aleatorizados comparan el uso de rabeprazol y esomeprazol con el placebo, los cuales han mostrado mejoría de los síntomas ⁽²⁸⁾.

ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2

Son fármacos que se unen competitivamente a los receptores de la histamina H2 en las células parietales gástricas, reduciendo en un 70% la secreción ácida. Estos resultan ser eficaces en el control de síntomas de esofagitis leves o moderadas, el más usado e investigado es la ranitidina ⁽²⁶⁾.

Los pacientes que requieren terapia medicamentosa para RFL, a los antagonistas de los receptores H2 pueden ser añadidos a los IBP, como régimen de una vez al día antes de acostarse, esto ayudara a reducir la producción de ácido secretado durante la noche ⁽²⁸⁾.

ANTIÁCIDOS ORALES

Neutralizan el ácido refluído neutralizando el pH gástrico, inactivando la pepsina y aumentando el tono del esfínter esofágico inferior. Aquellos que contienen compuestos de calcio, magnesio, o de aluminio se pueden utilizar 30 minutos después de comer una comida muy ácida. Estos pueden ser usados en la prevención de un evento de reflujo para ayudar a neutralizar el ácido presente en el estómago ⁽²⁸⁾.

MATERIALES Y MÉTODOS

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Observacional, descriptivo, transversal.

POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO Y SUJETO DE ESTUDIO

En este estudio se incluyeron dos grupos poblacionales: un grupo por afinidad (control), y otro grupo atendidos en el Instituto de Reumatología, Hematología y Dermatología (IRHED) y en la consulta de Reumatología del Dr. Kelvin Mendoza.

MUESTRA

-Grupo control: La muestra no fue aleatoria se la obtuvo mediante una calculadora estadística (<https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>), con una muestra aleatoria de 146 individuos siendo suficiente para estimar, con una confianza del 95% y un margen de error de 5%, un porcentaje poblacional que previsiblemente será alrededor del 50%.

-Grupo de estudio: Pacientes con enfermedades inflamatorias sistémicas atendidas en el Instituto de reumatología, hematología y dermatología (IRHED) y la consulta de Reumatología de Dr. Kelvin Mendoza.

PROCEDIMIENTO

La información se recolecto a través de una encuesta realizada en formularios Google (Ver anexo 1), en la cual se realizó una cartilla de invitación para que formen parte del estudio (Ver anexo 2). Esta encuesta fue presentada de manera digital y de manera física a las personas que cumplían los criterios de selección y aceptaron colaborar con el estudio. Además, se creó un Flyer con un código QR de esta manera los participantes pudieran acceder de manera óptima a la encuesta (Ver anexo 3).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

1. Pacientes mayores de 18 años.

2. Pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con patología laríngea o faríngea previa.
2. Cuestionario resuelto de manera incorrecta o incompleta.

INSTRUMENTO

El cuestionario que se aplicó consta de tres secciones: En la sección contiene variables como edad, sexo, además factores de riesgo asociados (si realizan actividad física, si fuman o toman alcohol, el consumo de arroz semanal), la enfermedad inflamatoria sistémica que padezca. La segunda sección contiene preguntas referentes a la escala de “Reflux Symptom Index”. Y por último la tercera sección contiene variables sobre el uso de medicamentos usados en estas enfermedades.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA 1. Variables

Sociodemográficas	Edad	Definición: edad biológica
		Indicador: número de años
		Tipo: numérica continua
		Nivel de medición: número de años
	Sexo	Definición: Fenotipo del sujeto de estudio
		Indicador: femenino/ masculino
		Tipo: categórica nominal o dicotómica
		Nivel de medición: femenino o masculino
	Actividad física	Definición: Cantidad de tiempo en la semana realizando actividad que necesita esfuerzo físico.
		Indicador: tiempo que nos indica la persona en minutos/horas
		Tipo: numérico intervalo discreta
		Nivel de medición: <30 minutos, 30-1 hora, 1-2 horas, 3-4 horas, >5 horas.
	Consumo de café	Definición: Cantidad de café que consume
		Indicador: tazas consumidas semanalmente
		Tipo: categórica nominal politómica.
		Nivel de medición: 1-2 tazas, 3-4 tazas, 5-6 tazas, >6 tazas
	Ingesta de alcohol	Definición: frecuencia de ingesta de alcohol semanalmente
		Indicador: preguntas en relación con frecuencia de porciones consumidas semanalmente
		Tipo: categórica nominal politómica
		Nivel de medición: nunca, a veces, casi siempre, siempre
Consumo de Tabaco	Definición: frecuencia de ingesta de tabaco semanalmente	
	Indicador: frecuencia de consumo de tabaco consumido semanalmente	

Sociodemográficas		Tipo: categórica nominal politómica
		Nivel de medición: nunca, a veces, casi siempre, siempre
	Cantidad de ingesta de arroz	Definición: Cantidad de ingesta de porciones de arroz
		Indicador: porciones de arroz consumido semanalmente
		Tipo: numérica cuantitativo intervalo continua
		Nivel de medición: 0- 14 porciones semanales
	Escala de “Reflux Symptom Index”	Definición: cuestionario de síntomas para diagnóstico de RFL
		Indicador: cuestionario de preguntas con valoración numérica
		Tipo: numérica cuantitativo intervalo continua
		Nivel de medición: 0-5 (0 = no hubo problema 5= severo problema)

		Definición: Enfermedades inflamatorias musculoesqueléticas del sistema inmunitario
		Indicador: historia clínica, examen físico

Clínico-terapéutico	Tipo de enfermedad reumática inflamatoria	Tipo: categórica nominal politómica
		Nivel de medición: no he sido diagnosticada, AR, LES, artritis psoriasica, espondilitis anquilosante, artritis reactiva, Sx. Sjogren primario, esclerosis sistémica, espondiloartritis enteropática, espondiloartritis indiferenciada, osteoporosis, artrosis de rodilla, fibromialgia
	Consumo antiácidos	Definición: consumo de antiácidos en los últimos 3 meses
		Indicador: preguntas cerradas
		Tipo: categórica nominal politómica
		Nivel de medición: valor 1: Inhibidor de bomba de protones; valor 2: Antagonistas H2; valor 3: antiácidos orales
	Consumo de AINES	Definición: consumo de AINES en los últimos tres meses
		Indicador: preguntas cerradas
		Tipo: categórica nominal dicotómica
		Nivel de medición: SI/NO

-terapéutico	Consumo de calcio antagonistas	Definición: consumo de calcio antagonistas en los últimos tres meses
		Indicador: preguntas cerradas
		Tipo: categórica nominal dicotómica
		Nivel de medición: SI/NO

	Consumo de corticoides	Definición: consumo de corticoides en los últimos tres meses
		Indicador: preguntas cerradas
		Tipo: categórica nominal dicotómica
		Nivel de medición: SI/NO
	Consumo de biológicos	Definición: consumo de biológicos en los últimos tres meses
		Indicador: preguntas cerradas
		Tipo: categórica nominal dicotómica
		Nivel de medición: SI/NO

Análisis Estadístico:

Se realizó estadística descriptiva: porcentaje, promedio, desviación estándar por medio de Microsoft Excel. Adicional se aplicó el test de significancia para la correlación de Spearman, T de student y Chi cuadrado. El análisis se realizó mediante el Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 24).

RESULTADOS

En este estudio se analizaron dos grupos poblacionales, un grupo sin enfermedades previas diagnosticadas y otro grupo de personas con enfermedades reumáticas.

En el grupo control la muestra fue seleccionada por afinidad, participaron un total de 146 personas, la inclusión de los participantes se la realizó de manera voluntaria, en base al círculo social de los investigadores.

El rango de edad de los participantes osciló entre los 18-78 años, el rango de edad donde se constató más encuestados fue el grupo entre los 31 a 40 años de edad, de estos 146 participantes 80 fueron del género masculino (54.8%) y 66 femeninos (45.2%). (Ver tabla 2)

Se estudiaron factores de riesgos agravantes de enfermedades, los factores de riesgo de mayor prevalencia fueron los siguientes: poca actividad física: 49 encuestados marcaron “<30 minutos” (33.6%), el consumo de alcohol y tabaco: 99 participantes “casi siempre” (67.8%) para ambos factores de riesgo, el consumo de café mayor a 6 tazas, se observó en 32 personas (21.6%), el consumo de arroz de 7 porciones a la semana se evidencio en 41 personas (28.1%).(Ver tabla 3, 4, 5 y 6) , (Ver gráfico 1).

Se implementó el cuestionario de Índice de síntomas de reflujo (ISR). El promedio de los resultados fue de 6.75 puntos, en cuanto a los resultados de SRI 21 personas (14.4%) DE (6.94) obtuvieron una puntuación positiva para el test (puntuación >13), 125 personas (85.6%) DE (6.94) obtuvieron una puntuación negativa para el cuestionario (puntuación < 13). (Ver gráfico 2), (Ver anexo 4).

De las preguntas sintomáticas que conforman este índice, en una escala de 0-5, siendo 0 “sin problemas” a 5 “problemas graves”, siendo así la pregunta relacionada con dificultad para producir sonidos o cambio en el tono o calidad de voz se presentó en un 24.7%; Carraspera en la garganta de manera constante en 56.8%; exceso de moco en la garganta un 59.6%; Dificultad para tragar alimentos sólidos, líquidos píldoras un 19.9%; Tos después de comer o al acostarse un 35.6%; Dificultad para respirar o atragantamiento un 28.1%; Tos que causa problemas o muy molesta un 37.7%; Sensación de cuerpo extraño en la garganta un 33.6%; Agruras, dolor en el tórax, indigestión o acido estomacal en garganta un 52.7%.(Ver anexo 5).

En este estudio se preguntó a los participantes el consumo de ciertos medicamentos en los últimos tres meses; Los corticoides no han sido utilizados por 135 participantes (92.5%) y entre los que consumieron (7.5%), la dosis en todos ellos fue de 2 píldoras al día y el corticoide más utilizado fue Prednisona (4.1%); Los biológicos y calcio antagonistas no han sido usados por los 146 participantes (100%), los antidepresivos no han sido utilizado por 143 individuos (97.9%) (Ver anexo 6).

Los fármacos más consumidos por nuestra población fueron los inhibidores de bomba de protones (16.4%) y la dosis más frecuente fue “1-2 píldoras semanalmente durante

el mes” (8.2%); Los antagonistas H2 no han sido utilizado en 135 participantes (92.5%); Los antiácidos orales los que más utilizaron fue el malgaldrato+simeticona 63.9% y en segundo lugar el bicarbonato de sodio 25%.(Ver tabla 7 y 8).

Los AINES no han sido utilizado por 104 personas (71.2%) en cuanto las personas que han consumido AINES (28.8%) la dosis más frecuente fue de 1-2 píldoras semanalmente, durante el mes (17.1%). (Ver anexo 6).

TABLA 2. Tipo de género en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	80	54,8	54,8	54,8
	Femenino	66	45,2	45,2	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

TABLA 3. Consumo de tabaco en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	111	76,0	76,0	76,0
	casi siempre	32	21,9	21,9	97,9
	siempre	2	1,4	1,4	99,3
	a veces	1	,7	,7	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

TABLA 4. Ingesta de alcohol en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	nunca	37	25,3	25,3	25,3
	casi siempre	99	67,8	67,8	93,2
	siempre	9	6,2	6,2	99,3
	a veces	1	,7	,7	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

TABLA 5. Actividad física semanalmente en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<30 minutos	49	33,6	33,6	33,6
	30 minutos- 1 hora	28	19,2	19,2	52,7
	1-2 horas	39	26,7	26,7	79,5
	>5 horas	30	20,5	20,5	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

TABLA 6. Tazas de café semanalmente en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 tazas	39	26,7	26,7	26,7
	1-2 tazas	34	23,3	23,3	50,0
	3-4 tazas	23	15,8	15,8	65,8
	5-6 tazas	18	12,3	12,3	78,1
	>6 tazas	32	21,9	21,9	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

TABLA 7. Inhibidor de bomba de protones en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	122	83,6	83,6	83,6
	1-2 píldoras en el mes	9	6,2	6,2	89,7
	1-2 píldoras semanalmente durante el mes	12	8,2	8,2	97,9
	>2 píldoras diarias cada semana durante el mes	3	2,1	2,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

TABLA 8. Antiácidos orales en grupo control

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	malgadrato+ simeticona	23	15,8	63,9	63,9
	bicarbonato de sodio	9	6,2	25,0	88,9
	almagato	1	,7	2,8	91,7
	carbonato de calcio y magnesio	2	1,4	5,6	97,2
	hidroxido de aluminio	1	,7	2,8	100,0
	Total	36	24,7	100,0	
Perdidos	Sistema	110	75,3		
Total		146	100,0		

GRÁFICO 1.- Frecuencia de consumo de arroz semanalmente en grupo control

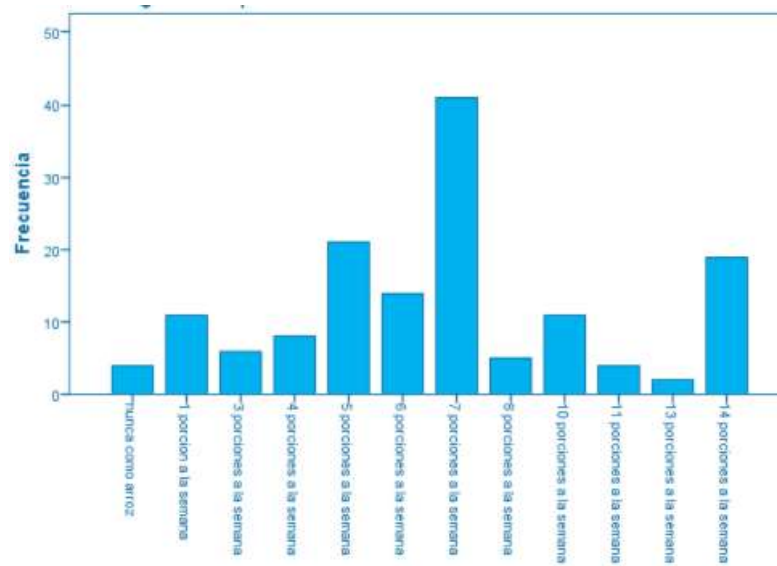
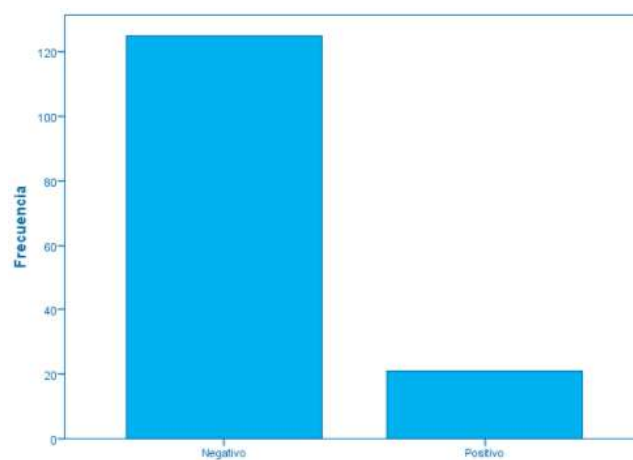


GRÁFICO 2.- Resultados Test de RFL en grupo control



En el segundo grupo tenemos a personas con enfermedades reumáticas, la selección de la muestra fue al azar, se usó diversos instrumentos para la recolección de dichos datos estadísticos obteniendo una población de 86 personas. El rango de edad fue de entre 20-80 años de edad, con una media de 54 años. De estos 78 participantes fueron del género femenino (90,6%) y 7 masculinos (8,1%). (Ver tabla 9)

Se estudiaron factores de riesgos agravantes de enfermedades, los factores de riesgo de mayor prevalencia fueron los siguientes: poca actividad física: 49 encuestados

marcaron “<30 minutos” (57%), consumo de café 29 encuestados marcaron “>6 tazas a la semana” (33,7%), consumo excesivo de arroz con 14 o más porciones a la semana con 16 encuestados (18.6%). (Ver tabla 10, 11), (Ver gráfico 3). La enfermedad reumática con mayor prevalencia en esta población fue la Artritis Reumatoide con 37 de los participantes (43%). (Ver tabla 12).

Se realizó el cuestionario de ISR, el promedio de los resultados fue de 10.6, en cuanto a los resultados de ISR 37 personas (43%) DE (9.46) obtuvieron una puntuación positiva para el test (puntuación >13), 49 personas (57%) DE (9.46) obtuvieron una puntuación negativa para el cuestionario (puntuación < 13). (Ver gráfico 4) (Ver anexo 7)

De las preguntas sintomáticas que conforman este índice, en una escala de 0-5, siendo 0 “sin problemas” a 5 “problemas graves”, siendo así la pregunta relacionada con dificultad para producir sonidos o cambio en el tono o calidad de voz se presentó en un 39.7%; Carraspera en la garganta de manera constante en 69.8%; exceso de moco en la garganta un 45.3%; Dificultad para tragar alimentos sólidos, líquidos píldoras un 38.4%; Tos después de comer o al acostarse un 44.20%; Dificultad para respirar o atragantamiento un 37.2%; Tos que causa problemas o muy molesta un 37.20%; Sensación de cuerpo extraño en la garganta un 36%; Agruras, dolor en el tórax, indigestión o acido estomacal en garganta un 69.9%.(Ver anexo 8)

En este estudio se preguntó a los participantes el consumo de ciertos medicamentos en los últimos tres meses. Los medicamentos más utilizados por los participantes fueron los Corticoides y los Aines. Los Corticoides han sido usados por 52 participantes, de estos la Prednisona fue el más usado (36%), con una dosis promedio de una píldora al día (77%). Por su parte los Aines han sido usados en 49 participantes (57%), y 37 participantes (43%) han referido no haberlo usado durante el último mes (Ver tabla 13,14) (Ver anexo 9)

Otros medicamentos que fueron usados de manera moderada fueron los inhibidores de bomba de protones han sido usados por 41 de los participantes (48%) durante el último mes, de estos 45 participantes (52%) no lo han usado. Los medicamentos que han sido usados con menos frecuencia fueron los Biológicos, 82 participantes (96%) refieren no haberlos consumido, de estos el más usado fue el Enbrel.(2%), tanto los Calcio Antagonistas como los Antagonistas de los Receptores H2 no han sido usados por 77

participantes (90%) y los antiácidos orales han sido usados por 28 participantes de manera ocasional, el 13% ha referido que lo usan 1-2 veces en el mes, de estos el más usado ha sido el Malgadrato+ Simeticona con un 24,4%. (Ver anexo 9)

TABLA 9.- Tipo de género en personas con enfermedades reumática

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	7	8,1	8,2	8,2
	Femenino	78	90,7	91,8	100,0
	Total	85	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		86	100,0		

TABLA 10.- Actividad física en personas con enfermedades reumáticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<30 minutos	49	57,0	57,0	57,0
	30minutos- 1 hora	17	19,8	19,8	76,7
	1-2 horas	13	15,1	15,1	91,9
	3-4 horas	4	4,7	4,7	96,5
	>5 horas	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

TABLA 11.- Consumo de café en personas con enfermedades reumáticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0 tazas	18	20,9	20,9	20,9
	1-2 tazas	16	18,6	18,6	39,5
	3-4 tazas	10	11,6	11,6	51,2
	5-6 tazas	13	15,1	15,1	66,3
	>6 tazas	29	33,7	33,7	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

TABLA 12.- Enfermedades Reumáticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he sido diagnosticado	4	4,7	4,7	4,7
	artritis reumatoidea	37	43,0	43,0	47,7
	síndrome de Sjögren primario	3	3,5	3,5	51,2
	lupus eritematoso sistémico	9	10,5	10,5	61,6
	artritis psoriasica	18	20,9	20,9	82,6
	espondilitis anquilosante	4	4,7	4,7	87,2
	artritis reactiva	4	4,7	4,7	91,9
	esclerosis sistémica	2	2,3	2,3	94,2
	espondiloartritis enteropática	1	1,2	1,2	95,3
	espondiloartritis indiferenciada	1	1,2	1,2	96,5
	osteoporosis	1	1,2	1,2	97,7
	artrosis de rodilla	1	1,2	1,2	98,8
	fibromialgia	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

TABLA 13.- Uso de corticoides en personas con enfermedades reumáticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	48	55,8	55,8	55,8
	prednisona	31	36,0	36,0	91,9
	deflazacort	4	4,7	4,7	96,5
	metil prednisolona	3	3,5	3,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

TABLA 14.- Uso de aines en personas con enfermedades reumáticas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	37	43,0	43,0	43,0
	1-2 píldoras en el mes	17	19,8	19,8	62,8
	1-2 píldoras semanalmente, durante el mes	19	22,1	22,1	84,9
	1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes	4	4,7	4,7	89,5
	>2 píldoras diarias cada semana durante el mes	9	10,5	10,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

GRÁFICO 3.- Consumo de arroz en personas con enfermedades reumáticas

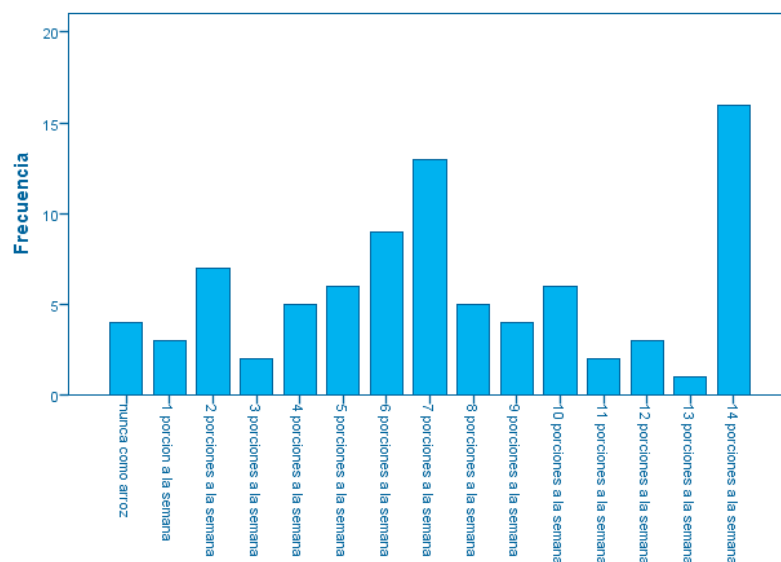
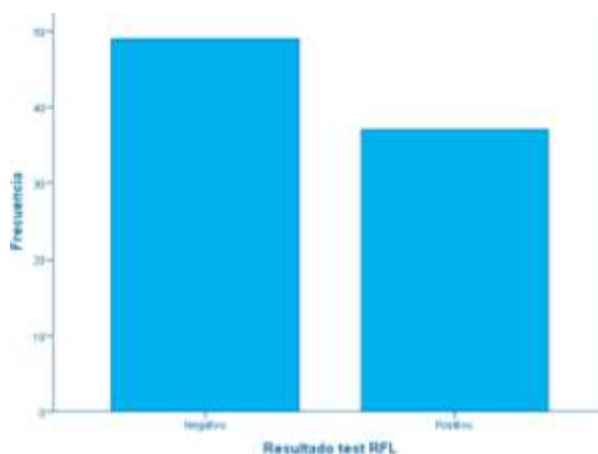


GRÁFICO 4: Resultados Test de RFL en personas con enfermedades reumáticas



En cuanto a las correlaciones con la presencia de RFL y la presencia o ausencia de enfermedad reumática en los pacientes de nuestra muestra podemos observar que 20 de nuestros 146 pacientes sanos presentan RFL, mientras que 35 de los 86 pacientes con enfermedad reumática lo presentan (Ver tabla 15).

Al realizar la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se obtuvo un valor de 22.924 con un valor de p menor a 0.001 (Ver tabla 16).

Se comparó también los resultados del cuestionario de RFL para estos dos grupos, teniendo el grupo control una media de 6.68 (± 6.983) puntos en el cuestionario, mientras que los pacientes reumáticos presentaron una media de 10.65 (± 9.465) puntos

(Ver tabla 17). Al realizarse la prueba de T de Student para grupos independientes se encontró una diferencia de medias de 3.977 (IC 95% 1.824, 6.129) con un valor de p menor a 0.001 (Ver tabla 18).

TABLA 16.- Comparación entre la presencia de RFL y de enfermedades reumáticas

Tabla cruzada Enfermedad Reumática-RFL				
Recuento		RFL		Total
		NO	SI	
Enfermedad Reumática	NO	126	20	146
	SI	51	35	86
Total		177	55	232

TABLA 17.- Chi cuadrado de la presencia de RFL y de enfermedades reumáticas

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22.924	1	.000		
Corrección de continuidad	21.412	1	.000		
Razón de verosimilitud	22.289	1	.000		

Prueba exacta de Fisher				.000	.000
N de casos válidos	230				

TABLA 18.- Comparación entre las medias de los resultados del cuestionario entre el grupo control y el grupo de estudio

Estadísticas de grupo					
	Enfermedad Reumática	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Cuestionario ERGE	SI	86	10.65	9.465	1.033
	NO	146	6.68	6.983	.578

TABLA 19.- T -de Student entre las medias de los resultados del cuestionario entre el grupo control y el grupo de estudio

Prueba de muestras independientes									
	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior

								estándar		
Cuestionario RFL	Se asumen varianzas iguales	23.604	.000	3.641	228	.000	3.977	1.092	1.824	6.129
	No se asumen varianzas iguales			3.360	135.517	.001	3.977	1.183	1.636	6.317

La relación entre presencia de RFL medido por SIR, y factores de riesgo agravantes propuestos en pacientes con enfermedades reumatológicas, encontramos a la poca actividad física (“<30 minutos” en la semana) con un coeficiente de correlación de 0,236 con un nivel de significancia de 0.02% ($p < 0.05$) (Ver tabla 19).

La enfermedad reumatológica con puntuaciones elevadas en el cuestionario de ISR debido a su alta sintomatología fue el síndrome de Sjogren con un coeficiente de correlación de 0,220 con un nivel de significancia de 0.04% ($p < 0.05$) (Ver tabla 20).

En cuanto a los factores de riesgo farmacológicos propuestos para las enfermedades reumatológicas, los calcio antagonista obtuvieron un coeficiente de correlación de 0,216 con un nivel de significancia de 0.45% ($p < 0.05$) (Ver tabla 21). La utilización de AINES en los pacientes con enfermedades reumatológicas presentaron un coeficiente de correlación de 0,273 con un nivel de significancia de 0.01% ($p < 0.05$). En cuanto a la pregunta #7 del cuestionario SIR, la cual corresponde: “Ha presentado agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta”, con relación al uso de AINES obtuvimos un coeficiente de correlación de 0,241 con un nivel de significancia de 0.024 % ($p < 0.05$) (Ver tabla 22).

TABLA 20.- Tabla relacional entre presencia de RFL y actividad física

TABLA 21.- Tabla relacional entre presencia de RFL y enfermedades reumatológicas

			Sx. Sjogren	LES	A. Pso-riásica	Espondilitis anquilosante	A. Reactiva	Esclerosis sistémica	Espondiloartritis entero-pática	Espondiloartritis indiferenciada	Artritis rodilla	Osteoporosis	Fibromialgia
Rho de Spearman	Presencia de RFL	Coefficiente de correlación	0,220*	0,090	-0,152	-0,189	0,033	0,023	0,125	-0,093	0,125	0,125	-0,093
		Sig. (bilateral)	0,041	0,410	0,159	0,080	0,760	0,831	0,247	0,393	0,247	0,247	0,393
		N	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86	86

TABLA 22.- Tabla relacional entre presencia de RFL y factores farmacológicos

			Biológicos	Antidépresivos	Corticoides	Calcio antagonistas	IBP	Antagonistas Receptores H2	Antiácidos orales	AINES
Rho de Spearman	Presencia RFL	Coefficiente de correlación	-,113	0,187	-,060	-,216*	0,006	0,127	0,154	0,035
		Sig. (bilateral)	0,299	0,083	0,579	0,045	0,953	0,240	0,155	0,75
		N	86	86	86	86	86	86	86	86

TABLA 23.- Tabla relacional entre utilización de aines/sintomatología clásica ERGE y uso de IBP

		15.- ¿En el último mes, ha presentado agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta	IBP	
Rho de Spearman	AINES	Coefficiente de correlación	0,241*	0,273*
		Sig. (bilateral)	0,024	0,011
		N	86	86

DISCUSIÓN

En el reflujo gastroesofágico se hayan síntomas clásicos de pirosis y regurgitación, adicional a estos se ha evidenciado manifestaciones extra esofágicas: tos crónica, globo faríngeo, carraspeo constante, ronquera idiopática, catarro; en muchos de los casos pasan inadvertidos por los profesionales de salud, conllevando a que sea infra diagnosticada en nuestro medio.

El ISR es una herramienta clínica, no invasora, de gran utilidad para detectar RFL con una alta sensibilidad y especialidad ⁽¹⁹⁾. En este cuestionario se valoran síntomas del RFL obteniendo una puntuación numérica, dicho cuestionario fue aplicado en nuestro estudio tanto para una población sin patologías como para población con enfermedades reumatológicas, en ambas existieron variaciones en la puntuación, indicativo de un test positivo dependiendo del grupo a investigar: en los pacientes con enfermedades reumatológicas el 43.57 % con test positivo y un promedio de 10.67 (DE 9.35) comparado con el grupo control obteniendo el 14.4% de test positivos con promedio de 6.75 (DE 6.49), de acuerdo a los resultados de las pruebas de Chi-cuadrado y T de Student, y a sus respectivos valores de $p < 0.05$, observamos que la diferencia tanto entre la presencia de RFL como el valor de los resultados en el cuestionario ISR son estadísticamente mayores en los pacientes que presentan enfermedades reumáticas que en los pacientes del grupo control.

En cuanto a los síntomas con mayor relación al RFL en la población con enfermedades reumatológicas fue presentación de agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta en un 70.9%, este resultado difiere en las personas de nuestro grupo control, en el cual la pregunta relacionada con exceso de moco en la garganta 58.6 % de los participantes, síntoma que concuerda con el más prevalente en el estudio realizado por Reynoso et al ⁽¹⁹⁾, con promedio de 2.9%. Estos síntomas varían en otros estudios, por ejemplo en el estudio realizado por Navarrete, el síntoma más prevalente fue el de aclaramiento constante de la garganta con 88 % ⁽²⁰⁾.

Estudios realizados por Medina Suarez et al ⁽²⁹⁾, en Cuba aplicaron la historia clínica enfocada con síntomas clásicos del RFL en pacientes mayores de edad, el síntoma más prevalente fue la sensación de cuerpo extraño (globus faríngeo) en un 92.3%. Podemos observar que el RFL se presenta con manifestaciones clínicas variadas, en la cual su sintomatología depende del grupo a estudiar ⁽²⁹⁾.

Los factores de riesgo que asociamos en este estudio son factores tradicionales ya descritos en la literatura con una fuerte correlación con ERGE en estudios previos, tales como la edad , el tiempo de actividad física, consumo de café ,consumo de tabaco, consumo de alcohol y consumo de arroz (factor no muy bien relacionado)⁽²⁰⁾.

En nuestro estudio el factor de riesgo con mayor asociación para el desarrollo de síntomas asociados al RFL fue la poca actividad física con un nivel significancia de 0.02%, siendo bastante significativo. Esto es comprobado en otros estudios, un Meta-Análisis en el cual se examinaron 9 estudios, compararon la asociación entre el IMC y los síntomas de reflujo gastroesofágico. Seis de nueve de estos estudios encontraron asociaciones estadísticamente significativas, con un odds ratio de 1.43 (95% CI, 1.158 -1.774) para un IMC de 25 kg/m² - 30 kg/m² y 1.94 (CI, 1.468 - 2.566) para un IMC > 30 kg/m². En aquellos con IMC >30 kg/m², se ha visto asociación con un aumento de las presiones intraabdominales, vaciado gástrico alterado, disminución de presiones en el esfínter esofágico inferior (EEI) y una mayor frecuencia de relajación transitoria del EEI lo cual induce a una mayor exposición al ácido esofágico. Estudios realizados por Nilsson et al ⁽¹⁵⁾, encontraron que un aumento de peso mayor a 3.5 kg /m² se asoció con un riesgo aumentado de 2.7 veces (IC, 2.3 a 3.2 veces) para desarrollar nuevos síntomas de reflujo, sugiriendo que la pérdida de peso después de la cirugía bariátrica por obesidad mórbida se asocia con una mejora en los síntomas de ERGE.

Uno de los factores de riesgo narrado en el estudio de Navarrete en relación con el consumo de arroz y el desarrollo de sintomatología de RFL con un nivel de significancia de $p < 0.01$, comparado con nuestro estudio con 0.061, no tuvo el grado de significancia que se esperaba si lo comparamos con el estudio de Navarrete ⁽²⁰⁾.

El síndrome de Sjogren fue la enfermedad reumatología con mayor sintomatología de RFL, con un nivel de significancia de 0.04% en este estudio. Esto era de esperarse debido a la relación con el sistema digestivo, es decir con la dificultad deglutoria del bolo alimenticio y de su posterior paso a través del esófago. Siendo la disfagia el síntoma con mayor prevalencia en estos pacientes causantes de una inadecuada producción de saliva y de la motilidad esofágica. Un estudio realizado por Carlos Manterola et al, en el cual se valoraba las alteraciones motoras esofágicas en pacientes con Sjögren, observó que la presión en el esfínter esofágico inferior fue menor que en los controles, condición característica en la fisiopatología del ERGE ⁽²⁴⁾.

En nuestro estudio la presencia de RFL obtuvo un coeficiente correlacional significativo con la utilización de calcio antagonista. Los calcio antagonistas según estudio de revisión de Cañones Gazon et al, se demostró que el ERGE tiene relación con la gastroparesia, provocando retraso en el vaciamiento gástrico, a su vez produce sintomatología de ERGE, se plantea que interviene en la disminución del tono en el esfínter esofágico inferior en reposo, el cual produce reflujo de contenido gástrico en el esófago. Por los hallazgos descritos previamente podemos comprobar que estos fármacos intervienen en la fisiopatología del RFL, por lo que podría aumentar la prevalencia de RFL en los pacientes que utilizan estos medicamentos ⁽³⁰⁾.

En el estudio realizado por Castelo Vega et al, se valoraron factores de riesgo asociado al ERGE en el cual se pudo observar un coeficiente de correlación del 19.36 con una p de 0,0009, siendo el factor de riesgo que más se relacionó con ERGE ⁽²⁵⁾. En nuestro estudio nos llamó la atención el consumo elevado de AINES, quizás por el tratamiento propio de las enfermedades reumatológicas, se relaciona significativamente con el uso de IBP, fármaco que se utiliza muchas veces para calmar la sintomatología del ERGE. Como dato interesante nos percatamos la relación significativa entre la utilización de AINES y un síntoma clásico de ERGE del cuestionario SIR el cual fue la sensación de ácido estomacal en la garganta, agruras o dolor en el tórax. Debido a lo expuesto anteriormente encontramos una relación bastante fuerte entre el uso de AINES con la presencia de ERGE ⁽²⁵⁾.

Los problemas que se presentaron en este estudio fueron la falta de conocimiento tecnológico de los pacientes para completar los formularios mediante la plataforma de Google formularios, además debido a la emergencia sanitaria que cruza el Ecuador en la fecha que se realiza este estudio no se pudo concluir con la recolección esperada para este estudio.

CONCLUSIONES

El RFL fue más prevalente en la población con enfermedades reumáticas comparado en pacientes sin enfermedades reumatológicas medido por la escala “Reflux Symptom Index”. La enfermedad reumatológica que más se asoció al RFL fue el síndrome de Sjögren primario. El síntoma más prevalente fue la presencia de agruras, dolor en tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta.

El género más afectado fue el femenino. Los factores de riesgo que tuvieron relación con el RFL fueron la poca actividad física y la utilización de calcio antagonistas en nuestra población.

Encontramos una relación significativa entre el uso de AINES y la sintomatología clásica de RFL, sensación de ácido estomacal en la garganta, y a su vez se hayo la relación entre el consumo de AINES y utilización de IBP.

RECOMENDACIONES

Entre las recomendaciones sugeridas se establece que todo paciente con Síndrome de Sjögren primario debe ser evaluado mediante el cuestionario de RSI para mantener una orientación diagnóstica precoz de RFL.

Además se recomienda la apertura de nuevos proyectos que se encarguen de estudios relacionales entre el RFL y la utilización de calcio antagonistas, y entre la obesidad/poca actividad física en relación al RFL, ya que en este estudio estos fueron los factores de riesgo con mayor asociación causal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nazar Rodolfo, et al. Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica. Pharyngoiaryngeai reflux: A literature review. Revista de otorrinolaringología de cirugía de cabeza y cuello [Internet]. 2008; 68(2). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162008000200012
2. Jiménez L, Mantilla N, Ospina J, et al. Laringitis por reflujo: La perspectiva del otorrinolaringólogo. Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología [Internet]. 2011; 1. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v26n3/v26n3a06.pdf>
3. Olavarría Christian & Cortez Pedro. Laryngopharyngeal reflux: A review of new diagnostic methods. 2015; 75:61-6.
4. Moreno Alejandro. Validación inicial del Índice de Síntomas de Reflujo para su uso clínico. Anales de Otorrinolaringología mexicana [Internet]. 2009; 54(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaotomex/aom-2009/aom093c.pdf>
5. Moya A et al. Manifestaciones otorrinolaringológicas de las enfermedades sistémica. EMC-Otorrinolaringología [Internet]. 2013; 42(4). Disponible en: [https://sci-hub.tw/10.1016/s1632-3475\(13\)65205-4](https://sci-hub.tw/10.1016/s1632-3475(13)65205-4)
6. Vakil N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. American journal of gastroenterology. 2006; 20:1-3
7. Philip O. K MD. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Nature publishing Group. 2013; 10:1-4.
8. Athanasia Printza, et al. Assessing Laryngopharyngeal Reflux Symptoms with the Reflux Symptom Index: Validation and Prevalence in the Greek Population. American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery. 2015; 145(6):974-80.
9. Alcedo Javier, et al. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española De Gastroenterología. 2019; 19-22.

10. Huerta F, et al. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología. *Revista de Gastroenterología de México*. 2015; 81(4):208-22.
11. Dhroove G. Prevalencia de trastornos gastrointestinales funcionales en escolares mexicanos. *Revista de Gastroenterología de México*. 19 de agosto de 2016;2-5
12. Gatta L, et al. Meta-analysis: the efficacy of proton pump inhibitors for laryngeal symptoms attributed to gastro-oesophageal reflux disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 23 de noviembre de 2006; 25(385–392 *Alimentary pharmacology & therapeutics*.):2-4.
13. Philip K, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *The American Journal of Gastroenterology*. 2013; 108(3):308-28.
14. Vakil, et al. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. *American Journal Gastroenterology*. 2006; 101(8):1900-20.
15. Hampel H, Neena S. Abraham. Meta-Analysis: Obesity and the Risk for Gastroesophageal Reflux Disease and Its Complications. *Annals of internal medicine* d. 2005;199-211:1-16
16. Dután F, Lema C, Vélez V, Padilla E, et al. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Reciamuc*. 2019; 3(2):25.
17. Castelo Vega J, et al. Reflujo gastroesofágico: características clínicas y endoscópicas, y factores de riesgo asociados. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2003; 23:41-8.
18. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice* 2002; 16(2):274-7.
19. Reynoso Alejandro. Validación inicial del Índice de Síntomas de Reflujo para su uso clínico. *Anales Otorrinolaringología México*. 2009; 54(3,2019):1-5.
20. Navarrete Arianna. Prevalencia de reflujo faringo-laríngeo medida por cuestionario “REFLUX SYMPTOM INDEX” y correlación de posibles factores asociados en estudiantes de Medicina de Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. *Repositorio Digital UCSG*. 2018; 1(1):1-45.

21. Martínez J & López Longo F. Hechos y controversias en la enfermedad mixta del tejido conectivo. *Medicina Clínica*. 2018; 150(1):26-32.
22. Pérez N & López, et al. Frecuencia de alteraciones motoras detectadas por manometría en pacientes con síntomas esofágicos y esclerodermia. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017; 82(2):193-5.
23. Villeneuve A, et al. Manifestaciones otorrinolaringológicas de las enfermedades sistémicas. *Revista Médica IMSS*. 2019; 48:1-7
24. Manterola Carlos. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. *International journal of medical and surgical sciences*. 2016; 3(1):795-809.
25. Castelo Vega J, et al. Reflujo gastroesofágico: características clínicas y endoscópicas, y factores de riesgo asociados. *Revista de Gastroenterología de Perú*. 2003; 23:41-8.
26. Gómez Ayala Adela. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Clínica y tratamiento. *Farmacia Profesional*. 2007; 21:39-43.
27. Jofré D & García K. Tos en otorrinolaringología: Revisión actualizada del enfoque clínico. *Revista de otorrinolaringología de cirugía de cabeza y cuello*. 2017; 77:456-66.
28. Daniel G Deschler, MD, FACS. Laryngopharyngeal reflux. *Nano letters*. 2019; 1-12.
29. Medina Suarez. Respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad por reflujo Faringo-Laríngeo. *Journal of science and research: revista ciencia e investigacion*. marzo de 2016; 1(1):18-25.
30. Cañones Garzón, P. J.; EGOICHEAGA CABELLO, M. I.; ORTIZ SEPTIÉN, J. J. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicina General*, 2005, vol. 70, p. 27-30.

ANEXOS

ANEXO 1.- CUESTIONARIO REALIZADO A LOS PARTICIPANTES



Estudio de síntomas asociados a reflujo faringolaríngeo (RFL) en población de Guayaquil

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____

Sexo

Marca solo un óvalo.

- Masculino
- Femenino

1.- ¿Cuánto tiempo realiza de actividad física semanalmente? (**Encierre su respuesta**)

- <30 minutos (No realizo ninguna actividad física)
- 30 minutos - 1 hora
- 1-2 horas
- 3- 4 horas
- 5 horas

2.- ¿Cuántas tazas de café consume semanalmente? (**Encierre su respuesta**)

- 0 tazas
- 1-2 tazas
- 3-4 tazas
- 5-6 tazas
- >6 tazas

3.- ¿Con que frecuencia usted consume alcohol? (**Encierre su respuesta**)

- nunca
- a veces (reuniones sociales)
- casi siempre (2-3 veces a la semana)
- siempre (>3 veces a la semana)

4.- Con qué frecuencia usted consume tabaco? (**Encierre su respuesta**)

- nunca
- a veces (reuniones sociales)
- casi siempre (2-3 veces a la semana)
- siempre (>3 veces a la semana)

5.- ¿Cuántas porciones de arroz consume semanalmente? (**Encierre su respuesta**)

- Nunca como arroz
- 1 porción a la semana
- 2 porciones a la semana
- 3 porciones a la semana
- 4 porciones a la semana
- 5 porciones a la semana
- 6 porciones a la semana
- 7 porciones a la semana
- 8 porciones a la semana
- 9 porciones a la semana
- 10 porciones a la semana
- 11 porciones a la semana
- 12 porciones a la semana
- 13 porciones a la semana
- 14 porciones a la semana

6.- ¿Cuál es la enfermedad reumática inflamatoria que padece? (**Encierre su respuesta**)

- Espondilitis Anquilosante
- Artritis Psoriática
- Artritis Reactiva
- Espondiloartritis enteropática
- Espondiloartritis indiferenciada
- Artritis Reumatoide
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Síndrome de Sjogren primario
- Esclerosis sistémica
- Polimiositis/Dermatomiositis
- Otra: _____

Cuestionario Índice de Síntomas de Reflujo (ISR)

7.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad para producir sonidos al tratar de hablar o percibe un cambio en el tono o calidad de la voz? (En una escala de 0-5; en donde 0= no presenta problemas; 5= problema severo) (**Encierre su respuesta**)

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

8.- ¿En el último mes, ha presentado carraspera en su garganta de manera constante? (En una escala de 0-5; en donde 0= no presenta problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

9.- ¿En el último mes, ha presentado exceso de moco en la garganta? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

10.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad al tragar alimentos sólidos, líquidos o píldoras? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

11.- ¿En el último mes, ha presentado tos después de comer o al acostarse? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

12.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad para respirar o atragantamiento? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

13.- ¿En el último mes, ha presentado tos causa problemas o muy molesta? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

14.- ¿En el último mes, ha presentado sensación de cuerpo extraño en la garganta? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

15.- ¿En el último mes, ha presentado agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta? (0= sin problemas; 5= problema severo) **(Encierre su respuesta)**

- cero
- uno
- dos
- tres
- cuatro
- cinco

Fármacos utilizados

16.- De la siguiente lista, seleccione el *CORTICOIDE** que ha utilizado usted para su enfermedad reumática inflamatoria en los últimos 3 meses.

Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco.

- No he utilizado
- Prednisona (Ej. PREDNICORTEN, METICORTEN)
- Deflazacort (Ej. CALCORT, AFALAZACORT, DEFAL)
- Metilprednisolona (Ej. MEDROL)

17.-En caso de utilizar corticoide, seleccione la dosis promedio al día. (**Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco**)

- 1 píldora al día
- 2 píldoras al día
- 3 píldoras al día
- >3 píldoras al día

18.- De la siguiente lista, seleccione el *BIOLÓGICO* que ha utilizado usted para su enfermedad reumática inflamatoria en los últimos 3 meses. (**Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco**)

- No he utilizado
- Infliximab (Ej. Remicade, Remsima)
- Enbrel (Ej. Etanercept)
- Golimumab (Ej. Simponi)
- Adalimumab (Ej. Humira)
- Rituximab(Ej. Mabthera, Truxima)
- Tocilizumab (Ej. Actemra, RoActemra)
- Certolizumab (Ej. Cimzia)
- Secukinumab (Ej. Cosentyx)

19.- De la siguiente lista, seleccione el *ANTIDEPRESIVO* que ha utilizado usted para su enfermedad reumática inflamatoria en los últimos 3 meses. (**Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco**)

- No he utilizado
- Amitriptilina (Ej. Anapsique)
- Duloxetina (Ej. Realta, Duxetin, Dulpicap, Cymbalta)
- Venlafaxina (Ej. Venlax, Sesaren, Elafax)
- Fluoxetina (Ej. Fluoxac, Pisaurit, Prozac)
- Paroxetina (Ej. Seroxat, Aropax, Paxil)
- Sertralina (Ej. Zoloft, Equivac, Sertex)

20.- De la siguiente lista, seleccione el *CALCIO ANTAGONISTA* que ha utilizado usted para su enfermedad reumática inflamatoria en los últimos 3 meses. (**Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco**)

- No he utilizado
- Nifedipino (Ej. Adalat, Felodipino, Anhiten- A)
- Amlodipino (Ej. Astudal, Norvas, Zabart)
- Nitrendipino (Ej. Baypresol, Gericin, Sub Tensin, Tensogradal, Vastesium)

21.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES* (ej. omeprazol/genfar, prilosec, parizac; esomeprazol/nexium; dexlansoprazol/ dexivant; lansoprazol/estomil, lanzopral; pantoprazol/zoltum; rabeprazol/pariet)?

Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco.

- No he utilizado
- 1-2 píldoras en el mes
- 1-2 píldoras semanalmente durante el mes
- 1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes
- >2 píldoras diarias cada semana durante el mes

22.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H₂* (ej. ranitidina/zantac, ranulin; cimetidina/ondax; famotidina/ultidin, pepcid; roxatidina)? (**Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco**)

- No he utilizado
- 1-2 píldoras en el mes
- 1-2 píldoras semanalmente durante el mes
- 1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes
- >2 píldoras diarias cada semana durante el mes

23.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *antiácidos orales*? (**Encierre su respuesta**)

- No he utilizado
- 1-2 píldoras en el mes
- 1-2 píldoras semanalmente durante el mes
- 1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes
- >2 píldoras diarias cada semana durante el mes

24.- En caso de haber utilizado *ANTIÁCIDOS ORALES*, seleccione cual ha usado usted. (**Encierre su respuesta, puede ser más de un fármaco**)

- No he utilizado
- Malgaldrato, Simeticona/Digeril forte, Antiax, Sinacides
- Bicarbonato de sodio/Milpax, Sal Andrews,
- Almagato/Almax forte
- Carbonato de calcio y magnesio/Rennie, Mylanta, Gastrogel
- Simeticona, Hidróxido de Aluminio-Carbonato de Magnesio, Hidróxido de Magnesio/Ditopax

25.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *AINES*(naproxeno/naprosyn, indometacina; diclofenaco/voltaren; ibuprofeno/apronax; etoricoxib/arcoxia, xumer; celecoxib/celebrex, celeridan; ketorolaco/dolgenal; ketoprofeno/dolomax, bi-profenid; fenilbutazona/butacid; meloxicam/flexiver; sulindaco/renidac; ácido meclofenámico/mefenámico)? (**Encierre su respuesta**)

- No he utilizado
- 1-2 píldoras en el mes
- 1-2 píldoras semanalmente durante el mes
- 1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes
- >2 píldoras diarias cada semana durante el mes

ANEXO 2.- CARTILLA DE PARTICIPACIÓN PARA LOS PARTICIPANTES



Reflujo faringolaríngeo en población de Guayaquil

El reflujo faringo-laríngeo (RFL) es una causa muy común de morbilidad del tracto aero-digestivo superior. Este síndrome resulta ser una variante de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), debido a que el reflujo gástrico de manera retrograda alcanza la laringofaringe causando lesiones en el epitelio laríngeo, desencadenando los signos clásicos de esta patología; tos crónica, laringitis, disfonía, globus laríngeo, carraspeo excesivo, disfagia leve.

Se ha visto que existe distintos factores de riesgo que aumentan la exacerbación de la RFL, entre ellos tenemos: edad, sexo, sedentarismo, tabaquismo, alcohol, ingesta de algunos fármacos, hábitos alimenticios, se ha visto que este último, sobre todo el consumo excesivo de arroz es proclive en el desarrollo de esta enfermedad.

Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tienden al mayor desarrollo de esofagitis por factores propios de su enfermedad y el uso de medicación para el alivio de sus síntomas, razón por la cual en estos pacientes se presentara RFL, que es la manifestación extraesofágica que se pretende hallar con esta investigación.

Razón por la cual se comenzó a realizar este estudio en pacientes de la ciudad de Guayaquil, en el cual usted ha sido seleccionado para formar parte del mismo, por medio del cuestionario "Reflux Symptom Index" se evaluará los síntomas durante la evaluación inicial y después del tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. Este cuestionario es útil ya que nos permitirá el reconocimiento de los síntomas clásicos asociados al RFL, la detección precoz de los síntomas facilitará el diagnóstico de esta patología de manera sencilla, económica y no invasora.

ANEXO 3.- FLYER PARA LOS PARTICIPANTES

**SUFRES DE CAMBIOS EN EL
TONO DE TU VOZ, EXCESO
DE MOCO , CARRASPERA ,
TOS EXCESIVA?**



*Haz sido diagnosticado/a con alguna
enfermedad reumatica? LUPUS,
ARTRITIS, SJOGREN, POLIMIOSITIS*

**!PODRIAS TENER REFLUJO
FARINGOLARINGEO!**

REGISTRATE GRATIS

**ESCANEA EL CODIGO QR PARA CONOCER SI
TIENES ESTA ENFERMEDAD.**



**ABRE EL SIGUIENTE
LINK**

[HTTPS://BIT.LY/2QYRW7X](https://bit.ly/2QYRW7X)



ANEXO 4.- PUNTAJE TOTAL DEL CUESTIONARIO (GRUPO CONTROL)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	23	15,8	15,8	15,8
1	12	8,2	8,2	24,0
2	11	7,5	7,5	31,5
3	15	10,3	10,3	41,8
4	11	7,5	7,5	49,3
5	9	6,2	6,2	55,5
6	7	4,8	4,8	60,3
7	6	4,1	4,1	64,4
8	9	6,2	6,2	70,5
9	5	3,4	3,4	74,0
10	7	4,8	4,8	78,8
11	5	3,4	3,4	82,2
12	5	3,4	3,4	85,6
13	1	,7	,7	86,3
14	1	,7	,7	87,0
16	1	,7	,7	87,7
17	3	2,1	2,1	89,7
18	4	2,7	2,7	92,5
19	1	,7	,7	93,2
20	1	,7	,7	93,8
21	3	2,1	2,1	95,9
23	3	2,1	2,1	97,9
27	1	,7	,7	98,6
33	1	,7	,7	99,3
35	1	,7	,7	100,0
Total	146	100,0	100,0	

ANEXO.-5 SÍNTOMAS DEL RSI (GRUPO CONTROL)

6.- ¿En el último mes ha presentado dificultad para producir sonidos al tratar de hablar o percibe un cambio en el tono o calidad de la voz?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin Problemas	110	75,3	75,3	75,3
Problemas muy Leves	13	8,9	8,9	84,2
Problemas Leves	18	12,3	12,3	96,6
Problemas Moderados	1	,7	,7	97,3
Problemas casi Graves	1	,7	,7	97,9
Problemas Graves	3	2,1	2,1	100,0
Total	146	100,0	100,0	

7.- ¿En el último mes, ha presentado carraspera en su garganta de manera constante?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	63	43,2	43,2	43,2
	problemas muy leves	32	21,9	21,9	65,1
	problemas leves	33	22,6	22,6	87,7
	problemas moderados	9	6,2	6,2	93,8
	problemas casi graves	4	2,7	2,7	96,6
	problemas graves	5	3,4	3,4	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

8.- ¿En el último mes, ha presentado exceso de moco en la garganta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	59	40,4	40,4	40,4
	problemas muy leves	38	26,0	26,0	66,4
	problemas leves	27	18,5	18,5	84,9
	problemas moderados	11	7,5	7,5	92,5
	problemas casi graves	5	3,4	3,4	95,9
	problemas graves	6	4,1	4,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

9.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad al tragar alimentos sólidos, líquidos o píldoras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	117	80,1	80,1	80,1
	problemas muy leves	16	11,0	11,0	91,1
	problemas leves	7	4,8	4,8	95,9
	problemas moderados	4	2,7	2,7	98,6
	problemas casi graves	2	1,4	1,4	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

10.- ¿En el último mes, ha presentado tos después de comer o al acostarse?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	94	64,4	64,4	64,4
	problemas muy leves	27	18,5	18,5	82,9
	problemas leves	10	6,8	6,8	89,7
	problemas moderados	6	4,1	4,1	93,8
	problemas casi graves	6	4,1	4,1	97,9
	problemas graves	3	2,1	2,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

11.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad para respirar o atragantamiento?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	105	71,9	71,9	71,9
	problemas muy leves	28	17,8	17,8	89,7
	problemas leves	8	5,5	5,5	95,2
	problemas moderados	4	2,7	2,7	97,9
	problemas casi graves	1	,7	,7	98,6
	problemas graves	2	1,4	1,4	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

12.- ¿En el último mes, ha presentado tos causa problemas o muy molesta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	91	62,3	62,3	62,3
	problemas muy leves	29	19,9	19,9	82,2
	problemas leves	14	9,6	9,6	91,8
	problemas moderados	6	4,1	4,1	95,9
	problemas casi graves	3	2,1	2,1	97,9
	problemas graves	3	2,1	2,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

13.- ¿En el último mes, ha presentado sensación de cuerpo extraño en la garganta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	97	66,4	66,4	66,4
	problemas muy moderados	23	15,8	15,8	82,2
	problemas leves	18	12,3	12,3	94,5
	problemas moderados	6	4,1	4,1	98,6
	problemas casi graves	2	1,4	1,4	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

14.- ¿En el último mes, ha presentado agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	69	47,3	47,3	47,3
	problemas muy leves	31	21,2	21,2	68,5
	problemas leves	25	17,1	17,1	85,6
	problemas moderados	9	6,2	6,2	91,8
	problemas casi graves	3	2,1	2,1	93,8
	problemas graves	9	6,2	6,2	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

ANEXO 6.- FÁRMACOS ASOCIADOS

15.-De la siguiente lista, seleccione el *CORTICOIDE*, que ha utilizado usted en los últimos 3 meses.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no he utilizado	135	92,5	92,5	92,5
prednisona	6	4,1	4,1	96,6
dexametasona	3	2,1	2,1	98,6
metil prednisolona	1	,7	,7	99,3
hidrocortisona	1	,7	,7	100,0
Total	146	100,0	100,0	

16.-En caso de utilizar un corticoide, seleccione la dosis promedio al día

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2 pildoras al dia	11	7,5	100,0	100,0
Perdidos Sistema	135	92,5		
Total	146	100,0		

17.- De la siguiente lista, seleccione el *BIOLÓGICO* que ha utilizado usted en los últimos 3 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no he utilizado	146	100,0	100,0	100,0

18.-De la siguiente lista, seleccione el *ANTIDEPRESIVO* que ha utilizado usted en los últimos 3 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no he utilizado	143	97,9	97,9	97,9
fluoxetina	2	1,4	1,4	99,3
sertralina	1	,7	,7	100,0
Total	146	100,0	100,0	

19.- De la siguiente lista, seleccione el *CALCIO ANTAGONISTA* que ha utilizado en los últimos 3 meses .

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido no he utilizado	146	100,0	100,0	100,0

20.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES* (ej. omeprazol/genfar, prilosec, parizac; esomeprazol/nexium; dexlansoprazol/ dexivant; lansoprazol/estomil, lanzopral; pantoprazol/zoltum; rabeprazol/pariet)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	122	83,6	83,6	83,6
	1-2 píldoras en el mes	9	6,2	6,2	89,7
	1-2 píldoras semanalmente durante el mes	12	8,2	8,2	97,9
	>2 píldoras diarias cada semana durante el mes	3	2,1	2,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

21.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2* (ej.ranitidina/zantac, ranulin; cimetidina/ondax; famotidina/ultidin, pepcid; roxatidina)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he utilizado	135	92,5	92,5	92,5
	1-2 píldoras en el mes	9	6,2	6,2	98,6
	1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes	1	,7	,7	99,3
	>2 píldoras diarias cada semana durante el mes	1	,7	,7	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

22.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado antiácidos orales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he utilizado	110	75,3	75,3	75,3
	1-2 veces en el mes	12	8,2	8,2	83,6
	1-2 veces semanalmente durante el mes	21	14,4	14,4	97,9
	1-2 veces diarias cada semana durante el mes	1	,7	,7	98,6
	>2 veces diario cada semana durante el mes	2	1,4	1,4	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

23.- En caso de haber utilizado *ANTIÁCIDOS ORALES*, seleccione cual ha usado usted.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	malgadtrato+ simeticona	23	15,8	63,9	63,9
	bicarbonato de sodio	9	6,2	25,0	88,9
	almagato	1	,7	2,8	91,7
	carbonato de calcio y magnesio	2	1,4	5,6	97,2
	hidroxido de aluminio	1	,7	2,8	100,0
	Total	36	24,7	100,0	
Perdidos	Sistema	110	75,3		
Total		146	100,0		

ANEXO 7.- PUNTAJE TOTAL DEL CUESTIONARIO (ER)

Resultado del cuestionario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	8	9,3	9,3	9,3
1	1	1,2	1,2	10,5
2	8	9,3	9,3	19,8
3	12	14,0	14,0	33,7
4	6	7,0	7,0	40,7
5	5	5,8	5,8	46,5
6	3	3,5	3,5	50,0
7	1	1,2	1,2	51,2
8	2	2,3	2,3	53,5
9	1	1,2	1,2	54,7
11	1	1,2	1,2	55,8
12	1	1,2	1,2	57,0
13	2	2,3	2,3	59,3
14	4	4,7	4,7	64,0
15	5	5,8	5,8	69,8
16	4	4,7	4,7	74,4
17	1	1,2	1,2	75,6
18	3	3,5	3,5	79,1
19	1	1,2	1,2	80,2
20	1	1,2	1,2	81,4
21	4	4,7	4,7	86,0
22	3	3,5	3,5	89,5
23	1	1,2	1,2	90,7
24	1	1,2	1,2	91,9
28	1	1,2	1,2	93,0
30	4	4,7	4,7	97,7
33	1	1,2	1,2	98,8
34	1	1,2	1,2	100,0
Total	86	100,0	100,0	

ANEXO 8.- SÍNTOMAS DEL SIR (ER)

7.- ¿En el último mes ha presentado dificultad para producir sonidos al tratar de hablar o percibe un cambio en el tono o calidad de la voz?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Sin Problemas	51	59,3	59,3	59,3
Problemas muy Leves	7	8,1	8,1	67,4
Problemas Leves	12	14,0	14,0	81,4
Problemas Moderados	8	9,3	9,3	90,7
Problemas casi Graves	6	7,0	7,0	97,7
Problemas Graves	2	2,3	2,3	100,0
Total	86	100,0	100,0	

8.- ¿En el último mes, ha presentado carraspera en su garganta de manera constante?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	26	30,2	30,2	30,2
	problemas muy leves	15	17,4	17,4	47,7
	problemas leves	10	11,6	11,6	59,3
	problemas moderados	14	16,3	16,3	75,6
	problemas casi graves	12	14,0	14,0	89,5
	problemas graves	9	10,5	10,5	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

9.- ¿En el último mes, ha presentado exceso de moco en la garganta?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	47	54,7	54,7	54,7
	problemas muy leves	9	10,5	10,5	65,1
	problemas leves	12	14,0	14,0	79,1
	problemas moderados	11	12,8	12,8	91,9
	problemas casi graves	2	2,3	2,3	94,2
	problemas graves	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

10.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad al tragar alimentos sólidos, líquidos o píldoras?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	53	61,6	61,6	61,6
	problemas muy leves	13	15,1	15,1	76,7
	problemas leves	6	7,0	7,0	83,7
	problemas moderados	3	3,5	3,5	87,2
	problemas casi graves	6	7,0	7,0	94,2
	problemas graves	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

11.- ¿En el último mes, ha presentado tos después de comer o al acostarse?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sin problemas	48	55,8	55,8	55,8
	problemas muy leves	12	14,0	14,0	69,8
	problemas leves	12	14,0	14,0	83,7
	problemas moderados	8	9,3	9,3	93,0
	problemas casi graves	1	1,2	1,2	94,2
	problemas graves	5	5,8	5,8	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

12.- ¿En el último mes, ha presentado dificultad para respirar o atragantamiento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
sin problemas	54	62,8	62,8	62,8
problemas muy leves	12	14,0	14,0	76,7
problemas leves	9	10,5	10,5	87,2
problemas moderados	3	3,5	3,5	90,7
problemas casi graves	5	5,8	5,8	96,5
problemas graves	3	3,5	3,5	100,0
Total	86	100,0	100,0	

13.- ¿En el último mes, ha presentado tos causa problemas o muy molesta?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
sin problemas	54	62,8	62,8	62,8
problemas muy leves	15	17,4	17,4	80,2
problemas leves	5	5,8	5,8	86,0
problemas moderados	3	3,5	3,5	89,5
problemas casi graves	2	2,3	2,3	91,9
problemas graves	7	8,1	8,1	100,0
Total	86	100,0	100,0	

14.- ¿En el último mes, ha presentado sensación de cuerpo extraño en la garganta?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
sin problemas	55	64,0	64,0	64,0
problemas muy moderados	11	12,8	12,8	76,7
problemas leves	8	9,3	9,3	86,0
problemas moderados	3	3,5	3,5	89,5
problemas casi graves	4	4,7	4,7	94,2
problemas graves	5	5,8	5,8	100,0
Total	86	100,0	100,0	

15.- ¿En el último mes, ha presentado agruras, dolor en el tórax, indigestión o sensación de ácido estomacal en la garganta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
sin problemas	25	29,1	29,1	29,1
problemas muy leves	15	17,4	17,4	46,5
problemas leves	18	20,9	20,9	67,4
problemas moderados	11	12,8	12,8	80,2
problemas casi graves	9	10,5	10,5	90,7
problemas graves	8	9,3	9,3	100,0
Total	86	100,0	100,0	

ANEXO 9.- FÁRMACOS ASOCIADOS (ER)

17.-En caso de utilizar un corticoide, seleccione la dosis promedio al día

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 pildora al día	33	38,4	76,7	76,7
	2 pildoras al día	10	11,6	23,3	100,0
	Total	43	50,0	100,0	
Perdidos	Sistema	43	50,0		
Total		86	100,0		

21.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *INHIBIDOR DE BOMBA DE PROTONES* (ej. omeprazol/genfar, prilosec, parizac; esomeprazol/nexium; dexlansoprazol/ dexivant; lansoprazol/estomil, lanzopral; pantoprazol/zoltum; rabeprazol/pariet)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	44	51,2	51,2	51,2
	1-2 píldoras en el mes	8	9,3	9,3	60,5
	1-2 píldoras semanalmente durante el mes	15	17,4	17,4	77,9
	1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes	5	5,8	5,8	83,7
	>2 píldoras diarias cada semana durante el mes	14	16,3	16,3	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

18.- De la siguiente lista, seleccione el *BIOLÓGICO* que ha utilizado usted en los últimos 3 meses

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	82	95,3	95,3	95,3
	infiximab	1	1,2	1,2	96,5
	enbrel	2	2,3	2,3	98,8
	rituximab	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

20.- De la siguiente lista, seleccione el *CALCIO ANTAGONISTA* que ha utilizado en los últimos 3 meses .

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	no he utilizado	77	89,5	89,5	89,5
	nifedipino	2	2,3	2,3	91,9
	amlodipino	7	8,1	8,1	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

22.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado *ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2* (ej.ranitidina/zantac, ranulín; cimetidina/ondax; famotidina/ultidin, pepcid; roxatidina)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he utilizado	70	80,4	80,4	80,4
	1-2 píldoras en el mes	4	4,7	4,7	85,1
	1-2 píldoras semanalmente durante el mes	1	1,2	1,2	86,3
	1-2 píldoras diarias cada semana durante el mes	2	2,3	2,4	88,6
	>2 píldoras diarias cada semana durante el mes	2	2,3	2,4	91,0
	Total	85	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		86	100,0		

23.- En los últimos 3 meses, usted ha utilizado antiácidos orales?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No he utilizado	58	67,4	67,4	67,4
	1-2 veces en el mes	9	10,5	10,5	77,9
	1-2 veces semanalmente durante el mes	9	10,5	10,5	88,4
	1-2 veces diarias cada semana durante el mes	9	10,5	10,5	98,8
	>2 veces diario cada semana durante el mes	1	1,2	1,2	100,0
	Total	86	100,0	100,0	

24.- En caso de haber utilizado *ANTIÁCIDOS ORALES*, seleccione cual ha usado usted.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	malgadtrato+ simeticona	47	54,7	55,3	55,3
	bicarbonato de sodio	9	10,5	10,6	65,9
	almagato	1	1,2	1,2	67,1
	carbonato de calcio y magnesio	5	5,8	5,9	72,9
	hidroxido de aluminio	4	4,7	4,7	77,6
	5	19	22,1	22,4	100,0
	Total	85	98,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total		86	100,0		



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, LÓPEZ GUERRERO ALLYSSON GEOVANNA, con C.C: # 0953566643 autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **3 de mayo** del **2020**

f.

Nombre: LÓPEZ GUERRERO ALLYSSON GEOVANNA

C.C: 0953566643



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, LUQUE CERVANTES GEOVANNY JOSE, con C.C: # 0953566643 autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIDA POR CUESTIONARIO “REFLUX SYMPTOM INDEX” Y CORRELACIÓN DE POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **3 de mayo** del **2020**

f.

Nombre: LUQUE CERVANTES GEOVANNY JOSE

C.C: 1310535446



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de reflujo faringolaríngeo medida por cuestionario “Reflux Symptom Index” y correlación de posibles factores asociados en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias.		
AUTOR(ES)	López Guerrero Allysson Geovanna Luque Cervantes Geovanny José		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Zúñiga Vera Andrés Eduardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	3 de mayo del 2020	No. DE PÁGINAS:	63
ÁREAS TEMÁTICAS:	Gastroenterología, Reumatología		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Gastroenterología, cuestionario, Índice de Síntomas de Reflujo, formulario Google, reflujo faringolaríngeo, enfermedades reumatológicas.		

RESUMEN

Introducción: El reflujo faringolaríngeo (RFL) es una causa muy común de morbilidad del tracto aerodigestivo superior. Es una afección médica común que afecta aproximadamente entre el 35% y el 40% de la población adulta en el mundo. Aun no existe un examen considerado “Gold Standard” para la detección de RFL patológico, hasta el momento el diagnóstico del RFL se basa en la clínica de la enfermedad usando la escala “Reflux Symptom Index”, sumando la asociación de factores de riesgo, y fármacos usados para aminorar los síntomas de reflujo. Algunas enfermedades sistémicas tienen varias repercusiones otorrinolaringológicas. Objetivo: Definir la prevalencia de síntomas de RFL medida por cuestionario “Reflux Symptom Index” y correlación de posibles factores asociados en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias. Materiales y Métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal. La información se recolectó a través de una encuesta realizada en formularios Google, en la cual se realizó una cartilla de invitación para que formen parte del estudio. Esta encuesta fue presentada de manera digital y de manera física a las personas que cumplían los criterios de selección y aceptaron colaborar con el estudio. Resultados: El promedio de los resultados fue de 6.71 puntos, en cuanto a los resultados de SRI 20 personas (13.79%) obtuvieron una puntuación positiva para el test (puntuación >13), 125 personas (86.21%) obtuvieron una puntuación negativa para el cuestionario (puntuación < 13). Conclusiones: El reflujo faringo laríngeo fue más prevalente en la población con enfermedades reumáticas comparado con pacientes sin enfermedades reumatológicas medido por la escala “Reflux Symptom Index”. Los factores de riesgo que tuvieron relación con el RFL fueron la poca actividad física y la utilización de calcio antagonistas en nuestros pacientes.

ABSTRACT

Introduction: Pharyngolaryngeal reflux (LPR) is a very common cause of morbidity in the upper aerodigestive tract. It's a common medical condition that affects approximately 35% to 40% percent of the adult's population in the world. There's not yet a Gold Standard test for the detection of LPR, so far the diagnosis of LPR has been based on the clinical signs of the disease using the questionnaire “Reflux Symptom Index”, adding association of risk factors, and medication intake to reduce reflux symptoms. Some systemic diseases have various otorhinolaryngological repercussions. Objective: To define the prevalence of LPR symptoms measured by the questionnaire “Reflux Symptom Index” and the correlation of possible associated factors in patients with rheumatic inflammatory diseases. Materials and Methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was carried out. The information was collected through a survey carried out on Google forms, in which an invitation card was made to be part of the study. This survey was presented digitally and physically to people who met the selection criteria and agreed to collaborate with the study. Results: The average of the results was 6.71 points, regarding the SRI results, 20 people (13.79%) obtained a positive score for the test (score > 13), 125 people (86.21%) obtained a negative score for the test. questionnaire (score < 13). Conclusions: Pharyngolaryngeal reflux was more prevalent in the population with rheumatic diseases compared to patients without rheumatic diseases as measured by “Reflux Symptom Index” scale. Risk factors were related to LPR were low physical activity and use of calcium antagonists in our patients.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 83 377910; +593 99 859 9982	E-mail: allyssonlopez9@gmail.com gjl3421@gmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Ayón Genkuong, Andrés M.	
	Teléfono: +593 99 757 2784	
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	