



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con
enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del
departamento de gastroenterología del Hospital General del
Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero
2022 hasta diciembre 2023**

AUTORES:

Alvarado Hormaza, Karla Daniela

Macías Pita, Gina Pierina

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de
MÉDICO**

TUTOR:

Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael

Guayaquil, Ecuador

04 de octubre del 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Alvarado Hormaza, Karla Daniela** y **Macías Pita, Gina Pierina** como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____

Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, a 04 de octubre del año 2024



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alvarado Hormaza, Karla Daniela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del departamento de gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero 2022 hasta diciembre 2023**, 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, 04 de octubre del año 2024

EL AUTOR (A)



firmado electrónicamente por:
**KARLA DANIELA
ALVARADO HORMAZA**

f. _____

Alvarado Hormaza, Karla Daniela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Macías Pita, Gina Pierina**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del departamento de gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero 2022 hasta diciembre 2023**, 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, 04 de octubre del año 2024

EL AUTOR (A)



Firmado electrónicamente por:
**GINA PIERINA
MACIAS PITA**

f. _____

Macías Pita, Gina Pierina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Alvarado Hormaza, Karla Daniela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del departamento de gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero 2022 hasta diciembre 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 04 de octubre del año 2024

EL (LA) AUTOR(A):



Firmado electrónicamente por:
KARLA DANIELA
ALVARADO HORMAZA

f. _____

Alvarado Hormaza, Karla Daniela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **Macías Pita, Gina Pierina**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del departamento de gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero 2022 hasta diciembre 2023**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 04 de octubre del año 2024

EL (LA) AUTOR(A):



Firmado electrónicamente por:
**GINA PIERINA
MACIAS PITA**

f.

Macías Pita, Gina Pierina

CERTIFICADO DE COMPILATIO



TRABAJO DE TITULACIÓN_KARLA_ALVARADO_Y_GINA_MACIAS



Nombre del documento: TRABAJO DE TITULACIÓN_KARLA_ALVARADO_Y_GINA_MACIAS.docx
ID del documento: 821948db54a12592afc3698875572b143d268995
Tamaño del documento original: 377,14 kB
Autores: []

Depositante: Julio Adrian León Solorzano
Fecha de depósito: 17/9/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 17/9/2024

Número de palabras: 8994
Número de caracteres: 62.074

Ubicación de las similitudes en el documento:



f. _____

Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael

AGRADECIMIENTO / DEDICATORIA

En primer lugar, agradezco a Dios por poner en mi vida a las personas que tengo a mi alrededor, las cuales me han ayudado a que este camino fuera más ameno. Agradezco a mis padres Carmen Hormaza y Francisco Alvarado por haber sacrificado todo para que yo continúe esta carrera, por su amor, por su paciencia, por sus palabras de aliento en mis peores momentos y por siempre confiar en mí. A mis abuelitos Fanny Torres y Colon Hormaza por siempre cuidarme y preguntarme cada día como iba en los estudios, en salud y en mi vida general, sin duda, ellos han sido un pilar para que yo tenga ganas de continuar porque uno de sus sueños junto al de mis padres, era verme en esta etapa de la vida. Así, mismo, agradezco a mis tíos y primos Hormaza, por celebrar cada logro junto a mí y alegrarse de lo que iba construyendo paso a paso. A mi fiel compañera, Kaylita, la cual me ha acompañado todos los años de la carrera y llego como un ángel para alegrar mis días. A mis amigos, les agradezco por haber compartido todo este tiempo junto a mí y no arrepiento de haberlos escogido porque sin duda son leales y han hecho de la carrera más divertida y llevadera. Por último, pero no menos importante me agradezco a mí, por no haberse rendido durante estos años, siempre buscando la manera de poder sobrellevar las situaciones que se han ido presentado en mi camino, tomándolas con calma y siguiendo adelante sin olvidar mi objetivo.

Karla Alvarado Hormaza

AGRADECIMIENTO / DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme la perseverancia y la fuerza para lograr cada meta. Por mandarme personas maravillosas que me acompañaron estos años e hicieron que este camino sea más bonito. Gracias infinitas a mi mami, Gina Pita por cada llamada, mensaje de aliento y apoyo, por ser mi lugar seguro y estar para mí siempre, por nunca dejarme caer en ningún momento, gracias por confiar en mí y hacerme sentir que soy capaz de todo, eres sin duda la mejor mamá del mundo. A mi papi, Jonas Macias gracias por apoyarme en todo momento, por ser mi ejemplo de perseverancia y trabajo, por tus palabras de apoyo y amor, por siempre celebrar conmigo cada meta alcanzada y estar pendiente en cada momento, agradezco a Dios por mandarme al mejor papá. A mi hermano Gabriel Macias, por guiarme y ser mi ejemplo a seguir, sin duda alguna nada de esto sería posible sin tu apoyo, gracias por siempre buscar lo mejor para mí, por tus consejos y palabras de apoyo. A mi hermano Chris Macias por cuidarme y ver por mi bienestar, por quererme y siempre estar para mí a pesar de todo, gracias por tu apoyo incondicional. Ustedes fueron mi pilar y mi motor para completar este camino, sin ustedes nada de esto sería posible, este logro no es solo mío también es de ustedes y para ustedes, gracias por siempre creer en mí y nunca soltarme la mano, no me alcanza la vida para agradecerles todo el esfuerzo y amor que me han dado.

Gina Macías Pita



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MGS

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO

COORDINADOR DE TITULACIÓN

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I.....	3
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
CAPITULO II.....	4
2. MARCO TEORICO.....	4
CAPITULO III.....	16
3. MATERIALES Y MÉTODOS	16
CAPÍTULO IV	18
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	18
Capítulo V.....	30
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS.....	31
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	36

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Sexo.....	18
Tabla 2 Grupo etario	19
Tabla 3 Pirosis	20
Tabla 4 Disfonía.....	21
Tabla 5 Tos.....	22
Tabla 6 Faringodinia	23
Tabla 7 Disfagia.....	24
Tabla 8 Sensación de cuerpo extraño.....	25
Tabla 9 Plenitud ótica	26
Tabla 10 Otagia.....	27

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Sexo	18
Gráfico 2 Grupo etario.....	19
Gráfico 3 Pirosis.....	20
Gráfico 4 Disfonía.....	21

Gráfico 5 Tos.....	22
Gráfico 6 Faringodinia	23
Gráfico 7 Disfagia.....	24
Gráfico 8 Sensación de cuerpo extraño	25
Gráfico 9 Plenitud ótica	26
Gráfico 10 Otagia	27

RESUMEN

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se manifiesta por reflujo de contenido gástrico en dirección al esófago, lo que causa síntomas y complicaciones permanentes. Los síntomas más comunes fueron disfonía, ronquera, tos seca, secreción hipo faríngea, sensación de cuerpo extraño, laringoespasma y amargura en la boca o saliva.

Objetivo: Describir las manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con reflujo gastroesofágico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo desde enero 2022 a diciembre 2023. Se estudió una muestra de 200 historias clínicas de adultos de 18 a 65 años con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Hospital General IESS Ceibos.

Resultados: La mayoría de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico son mujeres (76%), el grupo de edad más numeroso es el de > 51 años, del cual más de la mitad de la muestra reporta tener pirosis, la disfonía, tos y sensación de cuerpo extraño > 80%, la faringodinia es el síntoma más prevalente, con un 72% de los pacientes y la mayoría de los pacientes no experimentan disfagia, ni otalgia, el cual es el síntoma menos frecuente, afectando solo al 21% de los pacientes.

Conclusión: Se deduce que el reflujo gastroesofágico es un factor predisponente en la presencia de manifestaciones otorrinolaringológicas.

Palabras claves: reflujo gastroesofágico, pirosis, faringodinia, tos, disfagia, otalgia, sensación de cuerpo extraño, plenitud ótica, disfonía.

ABSTRACT

Introduction: Gastroesophageal reflux disease (GERD) occurs due to reflux of gastric contents into the esophagus, causing persistent symptoms and/or complications. Typical symptoms were dysphonia, dry cough, hoarseness, pharynx, hypopharyngeal discharge, difficulty swallowing, bitterness in the mouth or saliva, and laryngospasm.

Objective: To describe the otorhinolaryngological manifestations in patients with gastroesophageal reflux.

Materials and Methods: A descriptive, cross-sectional, observational, retrospective study was carried out from January 2022 to December 2023. A sample of 200 clinical records of adults aged 18 to 65 years with a diagnosis of gastroesophageal reflux at the IESS Ceibos General Hospital was studied.

Results: Most patients with gastroesophageal reflux disease are women (76%), the largest age group is > 51 years, of which more than half of the sample reports having heartburn, dysphonia, cough and foreign body sensation > 80%, pharyngodynia is the most prevalent symptom, with 72% of patients and most patients do not experience dysphagia, nor otalgia, which is the least frequent symptom, affecting only 21% of patients.

Conclusion: It is deduced that gastroesophageal reflux is a predisposing factor in the presence of otorhinolaryngological manifestations.

Keywords: gastroesophageal reflux, heartburn, pharyngodynia, cough, dysphagia, otalgia, foreign body sensation, ear fullness, dysphonia.

INTRODUCCIÓN

Respecto a la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se manifiesta por el reflujo de materia gástrica hacia el esófago, lo que causa síntomas y/o complicaciones persistentes. (1) La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un trastorno de múltiples factores que se produce porque el contenido del estómago pasa al esófago e incluso a la boca. La prevalencia mundial actual es del 8 al 33% y ocurre en todas las edades, principalmente en mujeres. La prevalencia de síntomas en América del Sur es del 17,6% y la prevalencia en Ecuador representa aproximadamente el 13%. Los factores de riesgo más importantes son la obesidad, sobrepeso y la hernia de hiato. También se asocia con ciertos medicamentos y el consumo de alimentos como el café, el chocolate y los alimentos grasos.

Los síntomas típicos son acidez de estómago y reflujo, que suelen ser intermitentes. También pueden aparecer síntomas extraesofágicos y pulmonares como ronquera, carraspeo y tos crónica, así como faringitis, laringitis y, en ocasiones, fibrosis pulmonar. (2) Los síntomas ORL son comunes en pacientes con diagnóstico de ERGE, afecta negativamente la paciente si no se logran percibir a tiempo ocasionando un peor pronóstico. (3)

El diagnóstico se emplea por medio de endoscopia gastrointestinal superior y en cuanto al tratamiento se suele principalmente tratar con cambios en el estilo de vida y la utilización de inhibidores de la bomba de protones, la cual genera altos costos para los pacientes y los centros de atención médica. En casos avanzados puede ser necesario un tratamiento quirúrgico. (2)

Por otro lado, la prueba terapéutica empírica con IBP, la evaluación endoscópica y la monitorización del pH esofágico o monitorización de la impedancia que es la menos utilizada por no ser una prueba diagnóstica de rutina.(4) El Hospital General del Norte IESS Ceibos cuenta con los profesionales, acondicionamiento y equipamiento necesario para identificar de manera precoz esta problemática en la salud pública del país, además que la información recopilada nos ayudara a mejorar la comprensión de esta afección en la población de estudio y a su vez, disminuir interconsultas en el área de otorrinolaringología.

CAPITULO I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del problema

¿Cuáles son las manifestaciones otorrinolaringológicas de la enfermedad de reflujo gastroesofágico en pacientes de 18 a 65 años del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero de 2022 hasta diciembre 2023?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General:

Describir las manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con reflujo gastroesofágico.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Identificar los síntomas otorrinolaringológicos más comunes del reflujo gastroesofágico.
- Identificar los síntomas otorrinolaringológicos menos comunes del reflujo gastroesofágico.
- Conocer el grupo etario más frecuente en la aparición de síntomas asociado en gastroesofágico.
- Conocer el sexo más frecuente en la aparición de síntomas asociado en reflujo gastroesofágico.

1.3. Justificación

En muchas ocasiones los pacientes acuden erróneamente al Otorrinolaringólogo para un diagnóstico. La enfermedad de Reflujo Gastroesofágico se relaciona poco como entidad y/o causa de otras patologías, quizá hasta eran ignoradas sus manifestaciones extraesofágicas, manejándose de forma aislada la enfermedad o los síntomas que motivan a los pacientes acudir a un consultorio médico para su diagnóstico y tratamiento.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Definición

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afectación multifactorial secundaria al movimiento del contenido del estómago al esófago, aplicable a las alteraciones anatómicas o fisiológicas de la unión del esófago y gástrica, así como la motilidad esofágica y/o gástrica. (2) El reflujo del contenido del estómago como la pepsina, ácido gástrico o bilis hacia el esófago puede dañar la estructura fisiológica especializada de los órganos vecinos. (5)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico se distingue por su alta prevalencia, diversidad de presentaciones clínicas, poca morbilidad reconocida y un impacto económico importante. Algún grado de reflujo suele ser fisiológico que son asintomáticos o a su vez patológico con síntomas y con lesiones en la mucosa. (4) Los síntomas de ERGE pueden ser confusos y difíciles de distinguir, Quizás esta diferencia se deba a la gravedad y la frecuencia de los síntomas, pero cuando la enfermedad está presente ya se observan daños relacionados al reflujo, como: esofagitis y estenosis péptica.(3)

2.2. Epidemiología

La ERGE tiene una prevalencia a nivel mundial del 13,3%, de los cuales síntomas como pirosis y regurgitación que son los más comunes aparecen al menos una vez por semana. En España, el 9,8% de la población presenta síntomas típicos de ERGE, lo cual implica un gran impacto en la calidad de vida y repercute en la actividad laboral. (6)

A nivel mundial tiene una prevalencia del 15%, en América Latina un 11.9-31.3% y Ecuador con un 52,8% de la población. La ERGE en su etapa avanzada puede promover a la aparición de epitelio cilíndrico en el esófago

distal, lo que ocasiona metaplasia gástrica o intestinal, provocando el desarrollo de esófago de Barrett en un porcentaje de pacientes y adenocarcinoma de esófago en otros; el riesgo de la progresión es de 0,3-0,6% al año. Los síntomas clásicos son: regurgitación ácida que suele encontrarse hasta en el 70% de los pacientes y la pirosis que está presente en un 95% de los pacientes, además de otros síntomas que suelen aparecer como la disfagia, odinofagia, esofagitis, otalgia, entre otros. (7)

La ERGE es la patología más común del tracto gastrointestinal superior, se ven afectados gran parte de los países occidentales y comprende el 75% de las consultas de gastroenterología. Afecta alrededor del 20% de los estadounidenses, aumentando su prevalencia en la actualidad.(8) En México, la prevalencia fue del 12.1% con síntomas como pirosis o regurgitación fue de menos una vez por semana como mínimo en mujeres embarazadas. (9)

Esta enfermedad representa la patología esofágica más común y la manifestación clínica más frecuente del aparato digestivo. Los síntomas aparecen entre un 10-40% en los adultos de los Estados Unidos, con una afectación importante en la calidad de vida del paciente. Su prevalencia cada año en países latinoamericanos varían entre 25-60 %, mientras que la persistencia de síntomas aparece como mínimo una vez por semana y se encuentra en un 20 %. Se estima que 50 % de los pacientes presentan síntomas típicos, que son atendidos en hospitales y desarrollan lesiones en la mucosa esofágica, lo que se conoce como esofagitis erosiva, a su vez, 70% de pacientes presentan reflujo sin evidencia de lesiones visibles que fueron atendidos de manera ambulatoria, lo que se conoce como esofagitis no erosiva. (10)

La prevalencia de ERGE es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. Un gran estudio metaanalítico realizado por Eusebi et al. Estimó que la prevalencia combinada de síntomas de ERGE era ligeramente mayor en mujeres que en hombres (16,7% (IC del 95%: 14,9% - 18,6%) frente a 15,4% (IC del 95%: 13,5%- 17,4%) mujeres con síntomas de ERGE tienen más probabilidades de sufrir ERGE que los hombres, quienes tienen más

probabilidades de desarrollar esofagitis erosiva. Sin embargo, los hombres con síntomas de ERGE a largo plazo tienen una mayor incidencia de esófago de Barrett (23%) que las mujeres (14%). (11)

2.3. Fisiopatología

Referente a la fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico van a intervenir diversos factores a través de una interrelación compleja. El fallo transitorio o permanente de la barrera antirreflujo que se encuentra en la unión esofagogástrica (esfínter esofágico inferior y pilares diafragmáticos) y la existencia de contenido gástrico a refluir van a determinar la ocurrencia del reflujo desde el estómago hacia el esófago, conforme con el gradiente de presión gastroesofágico fisiológico. La actividad y el mecanismo de daño de los componentes nocivos del reflujo gastro-odenal (ácido clorhídrico, pepsina, ácidos biliares y tripsina) están dispuestos por el pH del reflujo. La esofagitis es el resultado negativo final de un tiempo de contacto prolongado entre el epitelio y varios componentes nocivos del reflujo gastroduodenal, y se comete por la modificación del volumen esofágico y de la depuración ácida, así como también a la falla de los mecanismos de resistencia epitelial. (12)

Este mecanismo fisiopatológico son distensiones transitorias del esfínter esofágico inferior, por tal motivo existiera una relajación superior a 1 mmHG con un periodo de tiempo menor de 10 segundos. En el proceso fisiopatológico actual se observan distintos factores que intervienen en la enfermedad, entre los cuales se encuentran, el material gástrico, que es muy perjudicial para la barrera antirreflujo, el esófago y mecanismos de defensa vaciamiento gástrico atrasado: el aumento de la presión intragástrica puede ocasionar distensiones en el esfínter esofágico inferior (EEI) y un retraso en el vaciamiento gástrico, que puede tener como consecuencia reflujo que se debe a que el estómago se manifiesta lleno durante más tiempo. (13)

Los síntomas respiratorios están restringidos por el reflejo aductor esofagolaríngeo manejado por el nervio vago impulsado por el estímulo del reflujo gástrico en los receptores esofágicos produciendo laringoespasmo que

puede ser seguido por broncoespasmos y aumento de las secreciones y por el quimiorreflejo laríngeo que puede ocasionar bradicardia, apnea central e hipotensión debido al resultado irritativo que tiene hacia el contenido gástrico en la mucosa laríngea. (14) (15)

2.4. Manifestaciones clínicas

Es necesario comprender los síntomas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Los síntomas típicos fueron disfonía (71%), tos seca (51%), ronquera (42%), faringe (47%), secreción hipofaríngea, dificultad para tragar (35%), amargura en la boca o saliva y laringoespasma. Por una parte, también es necesario entender cuando un ERGE es patológico a través de los síntomas ven los pacientes y que se reflejan en el cuestionario del especialista. Estos síntomas se pueden dividir en síntomas digestivos y síntomas extradigestivos.

En cuanto a los síntomas digestivos pueden aparecer: Vómitos debidos a trastornos del desarrollo y síntomas de esofagitis y sus secuelas: dolor torácico o abdominal superior, acidez de estómago, irritabilidad, problemas de alimentación como disfagia, anorexia, hematemesis, anemia, obstrucción por estenosis esofágica, cambios de actitud.

Por otro lado, los síntomas extradigestivos son: neumonía por aspiración recurrente, broncoespasmo (especialmente asma refractaria), apnea, exacerbación fatal aparente (EAL), tos crónica, estridor, laringitis recurrente, dolor de oído y otitis media recurrente. (16)

2.4.1. Manifestaciones otorrinolaringológicas

2.4.1.1. Pirosis

Se conoce a la pirosis como sensación de ardor, quemazón o incluso de fuego, la cual se inicia en el epigastrio o como es conocido “boca del estómago”, esta sensación se eleva por el centro del tórax llegando alcanzar la garganta (faringe) en algunas ocasiones y se suele percibir como un líquido ácido en la boca. A su vez, se ocasiona por el paso del ácido y la pepsina sobre el epitelio del esófago hacia espacio intercelular, de esta forma se manifiesta un resultado inflamatorio que provoca terminaciones nerviosas dando lugar a la sensación de ardor. (17)

Se debe diferenciar de la pirosis funcional la cual es un trastorno funcional esofágico que no tiene relación con el ERGE, sin embargo, se evidencian episodios de quemazón retroesternal, este se evidencia mediante pruebas de distensión con balón esofágico o estimulación eléctrica, y estos pacientes tienen un umbral de dolor más bajo que los pacientes con otras manifestaciones fenotípicas de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Mecanismos del sistema nervioso central, como estrés, ansiedad, depresión, trastornos psicológicos, hipervigilancia, insomnio, etc. De esta manera, puede modular la percepción esofágica, lo que lleva a los pacientes a percibir la estimulación esofágica de baja intensidad como dolor. La presencia de gas en reflujo parece aumentar la sensación de reflujo en pacientes con pirosis funcional. (18)

2.4.1.2. Disfonía

En un estudio acerca del ERGE y trastornos de la fonación se estimó aproximadamente el 55% de los pacientes que presentaban ronquera tenían reflujo gastroesofágico. Se reconoció que la disfonía está conectada con la duración del ácido en la mucosa, a su vez las cuerdas vocales tienen mecanismos de defensa, los cuales hacen que el impacto de las sustancias locales a nivel de la cuerda vocal disminuya; por otro lado, la anhidrasa carbónica que se encuentra a la mitad de la capa epitelial y mucosa tendrá una escasa cantidad mucina pero cuando la anhidrasa falla, el moco se acaba retirando y de ese manera permite la entrada de moléculas de pepsina,

estimula a la aparición de lesiones en las 14 cuerdas vocales y se ulcera. Además, produce un estado de alteración e inflamación de la viscosidad y movilidad de las cuerdas vocales. Su contacto con sustancias ácidas puede llegar a alterar el volumen del líquido en el espacio de reiki, por lo que llegaría a estimular hasta llegar a un estado hiperfuncional ya que la capa de la cuerda vocal se torna menos elástica, por lo cual no permite emitir vibraciones. Debido a la poca distensibilidad de las cuerdas vocales por la hiperfuncionalidad del músculo ocasiona que el paciente realice un mayor esfuerzo subglótico para generar voz. (19)

2.4.1.3. Tos

Se ha atribuido a la tos crónica como una causa evidente de ERGE. Tanto la vía aérea como el esófago cuentan con un origen embrionario común, a su vez se comunican sus vías de inervación a través del vago. Debido a eso, el ascenso de contenido gástrico puede impulsar terminales nerviosas hacia proximal, y posteriormente inducir el reflejo de tos, sin que esté llegue alcanzar la vía aérea. Los adultos que presentan tos crónica, se ha demostrado que inclusive la falta de respuesta a IBP se relaciona con una sensibilidad de bajo umbral que permite la producción del reflejo de tos. A su vez, un paciente con tos crónica presenta episodios de presión abdominal positiva frecuentemente con aumento de contenido gástrico secundario. (20)

Para determinar la relación entre tos y reflujo, la medición pHmetría-IIM es útil porque es posible buscar estadísticamente una relación temporal entre reflujo y episodios de tos; sin embargo, el mayor problema es no informar de todos los ataques de tos en hasta un 90%, y el propio paciente, en el caso de un niño mayor, y los cuidadores. Por ello, para detectar los ataques de tos se han añadido otros métodos, como la medición de la presión del estómago (manometría) o las grabaciones sonoras, que rara vez están disponibles en la práctica clínica diaria. Los estudios que involucran este último enfoque han encontrado que aproximadamente el 40 por ciento de los niños con tos crónica inexplicable tienen enfermedad por reflujo gastroesofágico, que incluye formas ácidas y no ácidas de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Las guías clínicas recomiendan que los pacientes pediátricos con tos crónica no

se sometan a evaluación para detectar enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) a menos que presenten síntomas, signos o investigaciones compatibles con esta patología (endoscopia gastrointestinal superior, pH-IIM). Tratamiento empírico, ya que el tratamiento es menos eficaz y puede provocar el desarrollo de reflujo gastroesofágico (ERGE). (20)

2.4.1.4. Faringodinia

La faringodinia o faringalgia (dolor de garganta) es causado por cuadros irritantes, enfermedades virales, bacterianas o neoplásicas que pueden presentar dolor incluso en ausencia de vocalización. (21)

El dolor de garganta persistente sin signos de una infección viral, fúngica o bacteriana aguda es una complicación común de la ERGE. El dolor puede ser causado por una combinación de inflamación activa y tensión muscular reactiva (interna y externa) y ambas requieren atención. La disfonía por tensión muscular (relacionada con la ansiedad) y la candida deben considerarse como una diferencia. (22)

2.4.1.5. Disfagia

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una enfermedad común en todo el mundo que puede presentarse con una variedad de síntomas. La acidez de estómago, el reflujo y la dificultad para tragar se consideran síntomas clásicos de ERGE. La disfagia puede ser funcional que es secundaria a una motilidad esofágica anormal y/o contracciones esofágicas descoordinadas o mecánica que es secundaria a estenosis gastrointestinal, esofagitis grave o anillo de Schack. Los pacientes con disfagia relacionada con ERGE requieren una evaluación diagnóstica exhaustiva. Los cambios en el estilo de vida y los medicamentos son eficaces y pueden aliviar los síntomas en muchos pacientes. Las estenosis gastrointestinales o los anillos de Schack pueden requerir dilatación endoscópica. Se recomienda la cirugía antirreflujo para algunos pacientes con reflujo gastroesofágico y disfagia. (23)

En la historia clínica también es importante recopilar información sobre los medicamentos utilizados por el paciente, debido a que diversos fármacos pueden causar o contribuir a la disfagia al afectar la motilidad del esófago, causar sequedad de boca o dañar el revestimiento del esófago (esofagitis inducida por fármacos) o causar enfermedad por reflujo gastroesofágico. (24) La enfermedad por reflujo gastroesofágico y la exposición repetida al ácido pueden provocar cambios que incluyen inflamación submucosa y peristaltismo, esofagitis erosiva y estenosis. Los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico pueden desarrollar disfagia incluso en ausencia de lesiones mucosas evidentes. (25)

2.4.1.6. Globo faríngeo

El globo faríngeo se describe como una sensación de opresión o bloqueo en la garganta, es decir la sensación de cuerpo extraño en la faringe. Aproximadamente la mitad de las personas reconocen síntomas compatibles en algún momento de sus vidas, lo que lo convierte en un motivo común de consulta psicológica. Determinar la causa subyacente puede resultar difícil, e incluso cuando se reconoce un trastorno funcional, primero se deben descartar las causas orgánicas. En ausencia de causas obstructivas, el reflujo gastroesofágico (ERGE) se considera la causa orgánica más común. (26)

En cuanto a las manifestaciones extraesofágicas de ERGE. El reflujo ácido en el esófago distal llega al esófago superior y al EES, provocando un aumento del tono del EES, lo que produce una sensación de histéresis del globo. La incidencia de la manifestación parece ser mayor en pacientes con reflujo (15-28%) que en pacientes sin reflujo (4-10%). (27)

Los estudios que correlacionan el pH esofágico con los síntomas del balón en pacientes con reflujo son contradictorios. Existe evidencia contradictoria sobre si existe una diferencia en el pH entre los controles y los pacientes con balones de contraflujo. Muchos pacientes con reflujo y globo faríngeo pueden tener reflujo sin ácido, lo que sugiere que la distensión esofágica es independiente del ácido que se produce. (27)

2.4.1.7. Otagia y plenitud ótica

Las patologías de la orofaringe, hipofaringe y laringe son causas comunes de dolor de oído. Hay que destacar la frecuencia de faringitis y amigdalitis de cualquier causa y el dolor tras la amigdalectomía. Otra patología a considerar, aunque es poco probable que sea la causa del quirófano, es el reflujo gastroesofágico y el reflujo laringofaríngeo, que pueden provocar dolor de oído debido a la irritación de las vías respiratorias superiores. El alargamiento de la apófisis estiloides debido a la calcificación del ligamento estilohioideo (síndrome de Eagle) es otra causa menos común de quirófano, pero debe considerarse debido a su importancia otorrinolaringológica directa. Esto incluye dolor facial y de cuello, odinofagia, dolor bulbofaríngeo, disfagia y otagia en pacientes con antecedentes de amigdalectomía. Un hallazgo característico es la presencia de estiloides en imagenología, la cual excede los 4 cm. (28)

La presencia de otagia que no está relacionada con otitis sino como causa de ERGE como una consecuencia ya sea de una irradiación auricular un dolor faríngeo (muscular o neurálgico) por medio del nervio glossofaríngeo o un reflejo faríngeo. (19)

2.5. Diagnóstico

El principal método diagnóstico de ERGE es el clínico, ya que una buena anamnesis y una exploración física bien ejecutada suelen ser bastante para tener una presunción diagnóstica de reflujo gastroesofágico. Los signos mas comunes son la regurgitación y la pirosis (especificidad 62-96 % y sensibilidad 30-76 %). Se debe contar con un diagnóstico presuntivo en la mayoría de casos y cuando se manifiesten los signos de alarma como (odinofagia, disfagia, anemia, pérdida de peso o hemorragia gastrointestinal). La endoscopia como diagnostico de imagen se utiliza cuando se haya iniciado la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y esta no funcione, por lo que el paciente presenta síntomas de alarma y tendra mayor riesgo de presentar complicaciones. (29)

Una vez que se hace el diagnóstico de sospecha, deben implementarse medidas no farmacológicas y tomar una decisión, de manera individualizada si se debe iniciar tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones. Si el paciente presenta una clínica que no es típica, existen signos de alarma o el paciente no mejora a medidas iniciales, se va a proceder a la confirmación del diagnóstico, para el que no existe un “gold estándar” concreto. (30)

En el ERGE no existe una exploración considerada «patrón oro», por lo cual lo que se considera pilar fundamental del diagnóstico lo constituye la historia clínica es decir la anamnesis que se le hará al paciente una vez que entra a consulta, por ellos siempre es de importante realidad una buena historia clínica. En la actualidad, la presencia de pirosis y/o regurgitación es imprescindible y bastante para indicar el diagnóstico clínico de ERGE e iniciar con el tratamiento. Si no hay respuesta al tratamiento con IBP en pacientes con síntomas típicos o una presentación clínica atípica, será imprescindible realizar pruebas diagnósticas que revelen la existencia de ERGE. (30)

Las distintas pruebas adicionales disponibles tienen como objetivo la obtención de datos objetivos sobre la presencia de reflujo (ácido o alcalino), valorando su gravedad, posible respuesta al tratamiento, la posibilidad de cirugía y la exclusión de otras patologías. (31)

2.5.1. Tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Este método diagnóstico es uno de los más utilizados por ser de gran utilidad ante alta sospecha de RGE/ERGE y así poder evitar que el paciente se someta a pruebas complementarias invasivas. Lo que se indica para que sea una prueba efectiva es observar la respuesta clínica del paciente a la prueba terapéutica con IBPs durante aproximadamente 4-8 semanas una vez iniciado el tratamiento. (31)

2.5.2. Ecografía abdominal

Es una prueba que es de buena sensibilidad para el diagnóstico de reflujo en periodo postprandial, sin embargo, tiene una especificidad muy baja, es observador dependiente y no llega a medir el grado de reflujo, ni la gravedad, ni orienta al tratamiento más adecuado para tratarlo/paliar. Por tanto, no es un método diagnóstico con alta sensibilidades y para diagnosticar correctamente la ERGE pero está recomendada para descartar otras patologías como estenosis hipertrófica de píloro, biliopatías o invaginación intestinal. (31)

2.5.3. Medición del pH esofágico (pH-metría)

Este método diagnóstico está basado en la colocación de una sonda de medición de pH por encima del esfínter esofágico inferior. Permitiendo detectar disminuciones del pH en esófago por reflujo de contenido gástrico que es ácido. Es importante saber que no existe un gold standard, aunque el parámetro más utilizado es el índice de reflujo. Un estudio estima que el índice de reflujo (IR), delimitado solo por un pH menor de 4, superior del 10 % en el primer año de edad y superior al 5 % en pacientes mayores de 1 año estableciéndose un RGE ácido patológico. (32)

2.6. Tratamiento

2.6.1. Medidas farmacológicas

- Inhibidores de la bomba de protones (IBP): el mecanismo de acción de este medicamento es bloquear la bomba Na^+/K^+ que está ubicada en la superficie luminal de las células. Existen distintos tipos de IBPs cuya distinción radica principalmente en la potencia, pero no se ha visto diferencias entre ellos a nivel del control sintomático. Son muy eficaces y principalmente seguros en el tratamiento del RGE y son de elección en la esofagitis. Son muy bien tolerados por el paciente, pero en tratamientos prolongados están descritas alteraciones a nivel infeccioso, metabólico y nutricional. Lo más recomendable es hacer pruebas terapéuticas con estos durante 4-8 semanas con evaluación posterior, para ver eficacia y excluir otras causas.

- Antihistamínicos H2: Son medicamentos que pueden producir frecuente taquifilaxia y son menos potentes que los IBPs. Esto hace que como tratamiento hayan sido desplazados en la esofagitis por reflujo, aunque siguen siendo parte de la segunda opción como tratamiento.
- Antiácidos y alginatos: Buenos en el control sintomático postprandial, sobre todo si el reflujo es ácido. No tienen eficacia en pacientes con esofagitis erosiva. Pueden presentar efectos secundarios como osteopenia, anemia microcítica o neurotoxicidad al tener magnesio y aluminio. No se aconsejan como tratamiento crónico.
- Citoprotectores tipo sucralfato: Ayuda a la mucosa esofágica de la agresión del reflujo, ya sea ácido o alcalino.
- Procinéticos: son medicamentos que no están recomendados para el tratamiento del ERGE por problemas de seguridad. Revisiones sistemáticas no apoyan el uso de metoclopramida, cisaprida o domperidona en este contexto. Su uso debe restringirse a pacientes en los que individualmente se valore la necesidad de acelerar el vaciamiento gástrico. Se han usado antibióticos como la eritromicina como procinético con eficacia dudosa y producción de taquifilaxia. (31)

2.6.2. Tratamiento quirúrgico

Es la primera opción para los pacientes que tienen efectos secundarios del tratamiento farmacológico, que no pueden cumplir bien el tratamiento farmacológico, que tienen una hernia de hiato de 5 cm o menos o que no están interesados en el tratamiento farmacológico. Cabe mencionar que a todos los pacientes se les debe realizar pH y manometría antes de este tratamiento para descartar acalasia u otros cambios en la contractilidad esofágica. La funduplicatura quirúrgica laparoscópica es una técnica que se realiza comúnmente (29).

CAPITULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Metodología de la investigación

Estudio transversal, observacional, retrospectivo y descriptivo desde enero 2022 a diciembre 2023. Se estudio una muestra 200 historias clínicas de adultos de 18 a 65 años con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Hospital General IESS Ceibos.

3.2. Procedimiento

Revisión de historias clínicas con el CIE K219 en el sistema AS400, los colocamos en una Hoja de Excel utilizando los criterios de selección y los filtramos en el programa SPSS.

3.3. Criterios de selección

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes con edad comprendida de 18 a 65 años
- Pacientes del Departamento de Gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos.
- Pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico.
- Pacientes con manifestaciones clínicas en nariz, boca y oídos.

3.3.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes que tengan una patología otorrinolaringológica de base como infecciones del oído o problemas mandibulares.
- Pacientes con enfermedad respiratoria aguda o crónica.
- Historias clínicas incompletas.

3.4. Operación de las variables

Nombre Variables	INDICADOR	Tipo	RESULTADO FINAL
Edad (v. independiente)	Años	Cuantitativa discreta	Años
Sexo (v. independiente)	Sexo biológico	Cualitativa nominal	Masculino/ femenino
Pirosis (v. independiente)	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Disfonia (v. independiente)	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Tos (v. independiente)	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí / No
Faringodinia (v. independiente)	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Disfagia (v. independiente)	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Sensación de cuerpo extraño en faringe (v. independiente)	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Plenitud ótica (v. independiente)	Otoscopio	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Otalgia (v. independiente)	Otoscopio	Cualitativa dicotómica	Sí/ No
Enfermedad de Reflujo	Anamnesis (historia clínica)	Cualitativa dicotómica	Sí/ No

Gastroesofágico (v. dependiente)			
-------------------------------------	--	--	--

3.5. Análisis estadístico

Este estudio corresponde a un análisis descriptivo con cuantitativas el cual equivale a promedio con desviación estándar y con cualitativa (no numéricas) que equivale a frecuencia y porcentaje.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Tabla 1 Sexo

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	49	24%
Femenino	151	76%
Total	200	100%

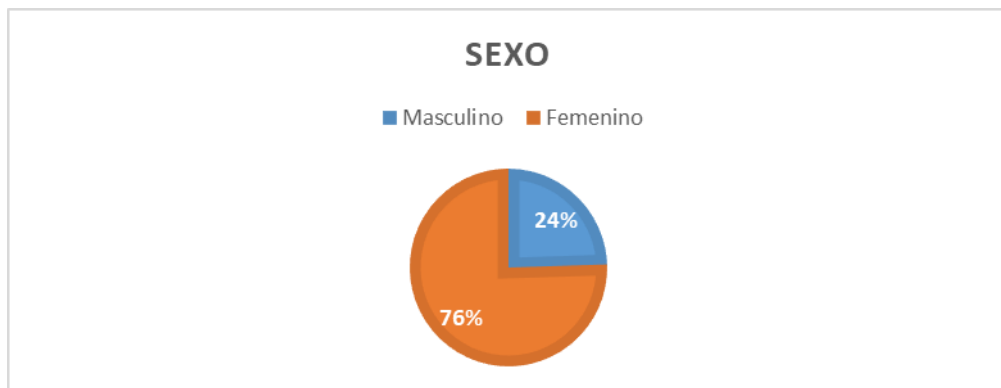


Gráfico 1 Sexo

Análisis

Hay una notable disparidad entre los géneros, pues la mayoría de la muestra es femenina, con un 76%, mientras que la minoría es masculina, con un 24%.

Tabla 2 Grupo etario

Descripción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
18-30 años	9	4%	4%	4%
31-40 años	30	15%	15%	19%
41-50 años	40	20%	20%	39%
51- 65 años	121	61%	61%	100%
Total	200	100%	100%	

Mínimo	Máximo	Media	Desv. Estándar
21	74	51,32	11,210

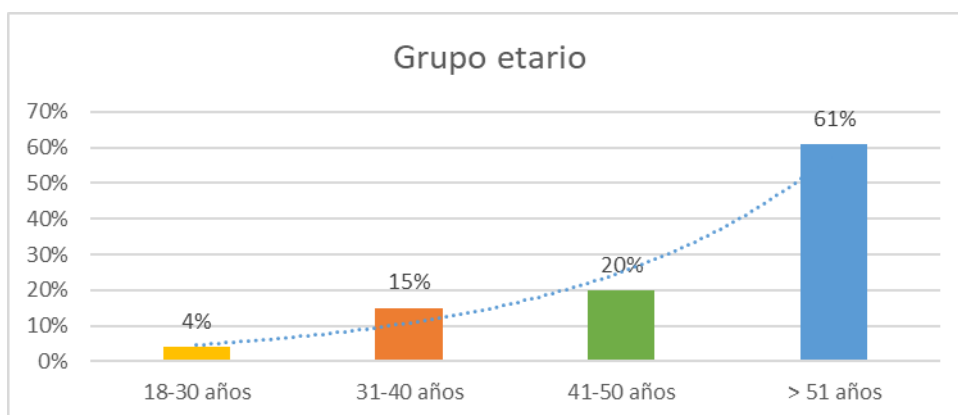


Gráfico 2 Grupo etario

Análisis

Se encontró que, el grupo de 51-65 años es el más numeroso con 121 individuos (61%), seguido por el grupo de 41-50 años con 40 individuos (20%), luego el grupo de 31-40 años con 30 individuos (15%), y finalmente el grupo de 18-30 años con 9 individuos (4%). La media de la edad fue de 51,32 años y con una desviación estándar de 11,21.

Tabla 3 Pirosis

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	142	71%
NO	58	29%
Total	200	100%

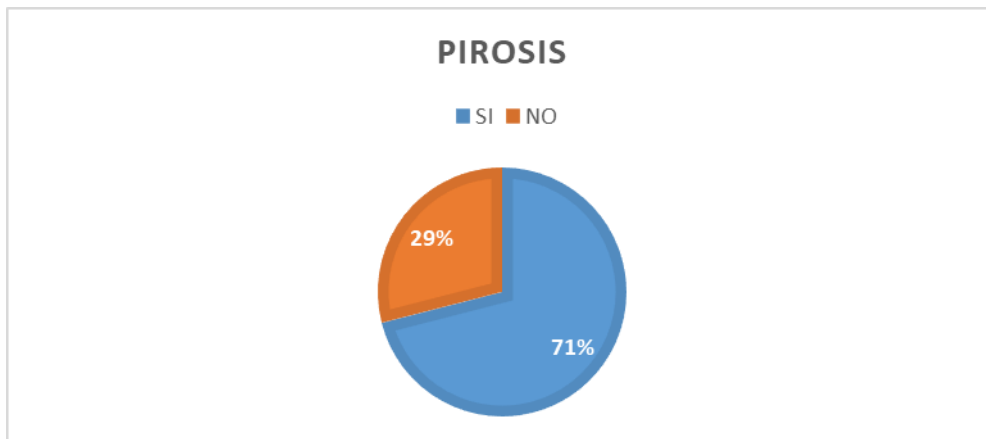


Gráfico 3 Pirosis

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos en cuanto a la frecuencia de la pirosis muestra que 142 individuos (71%) reportaron tener pirosis, mientras que 58 individuos (29%) no reportaron tener pirosis.

Tabla 4 Disfonía

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	163	81%
NO	37	19%
Total	200	100%

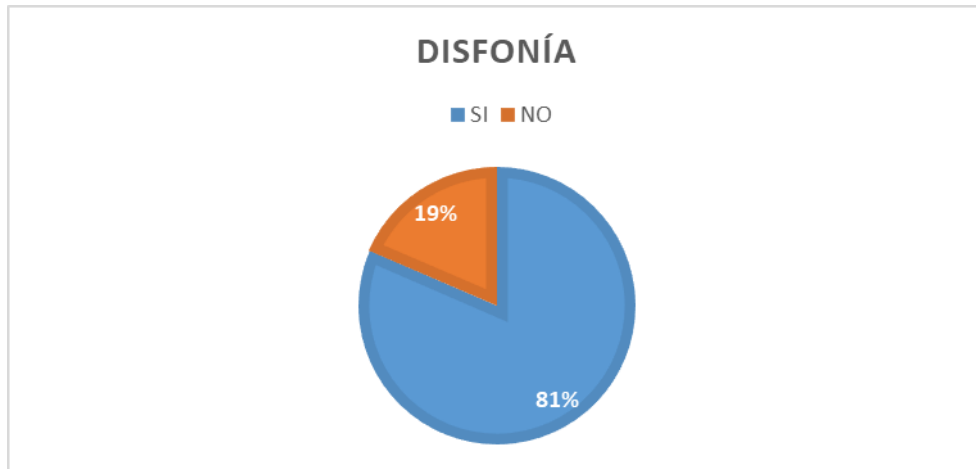


Gráfico 4 Disfonía

La distribución de la muestra de 200 individuos en cuanto a la frecuencia de la disfonía muestra que 163 individuos (81%) reportaron tener disfonía, mientras que 37 individuos (19%) no reportaron tener disfonía.

Tabla 5 Tos

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	160	80%
NO	40	20%
Total	200	100%

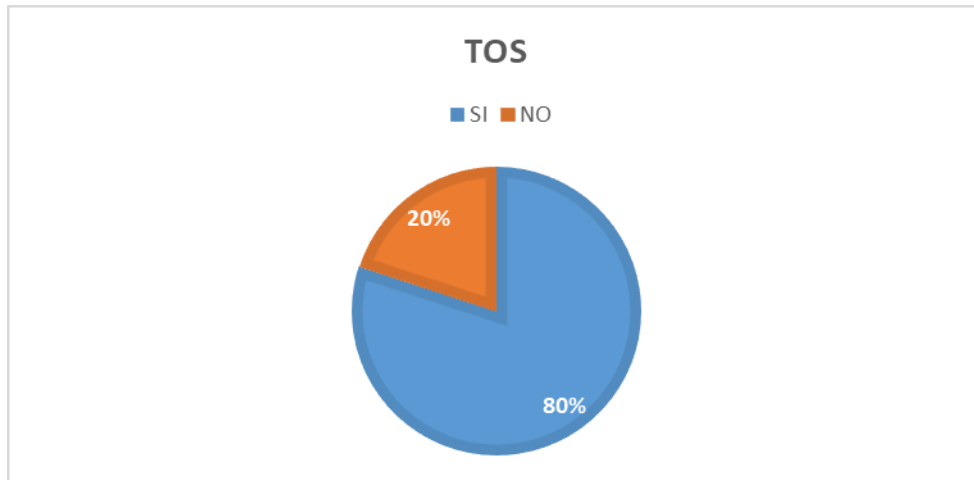


Gráfico 5 Tos

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos en cuanto a la frecuencia de la tos muestra que 160 individuos (80%) reportaron tener tos, mientras que 40 individuos (20%) no reportaron tener tos.

Tabla 6 Faringodinia

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	145	72%
NO	55	28%
Total	200	100%

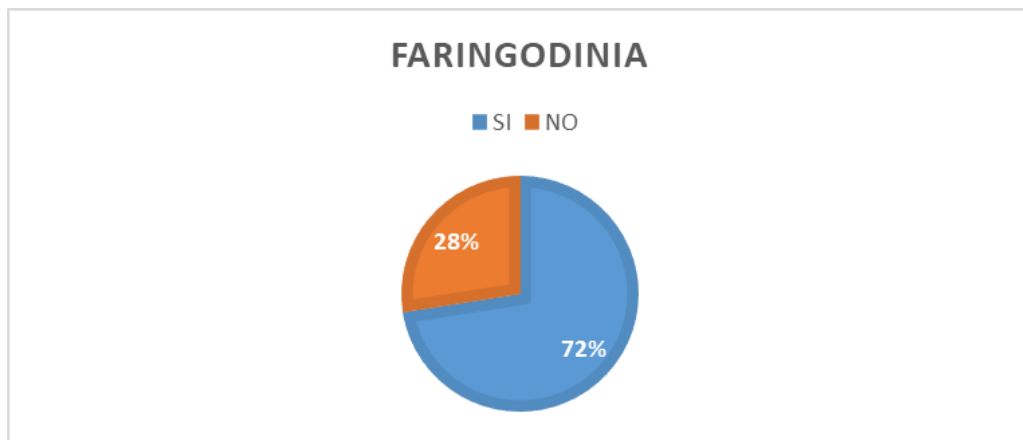


Gráfico 6 Faringodinia

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos en cuanto a la frecuencia de la faringodinia muestra que 145 individuos (72%) reportaron tener faringodinia, mientras que 55 individuos (28%) no reportaron tener faringodinia.

Tabla 7 Disfagia

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	75	37%
NO	125	63%
Total	200	100%

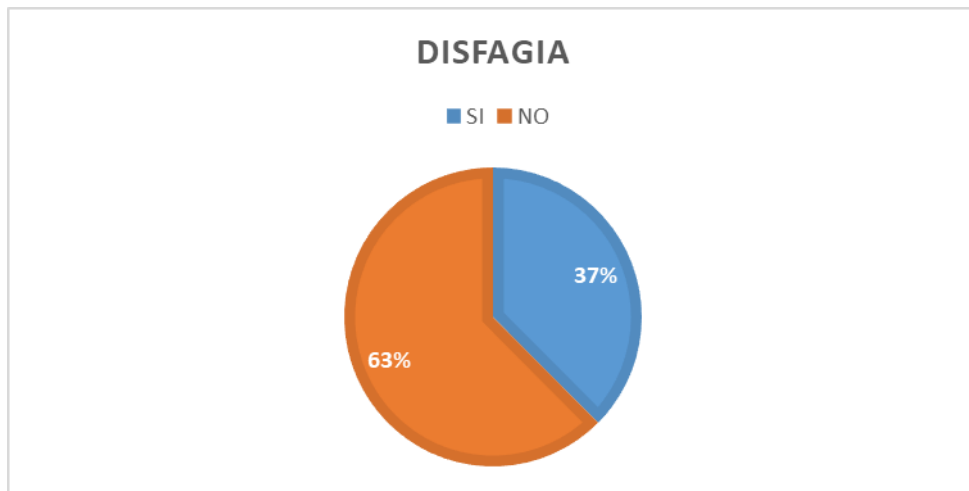


Gráfico 7 Disfagia

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos en cuanto a la frecuencia de la disfagia muestra que 125 individuos (63%) no reportaron tener disfagia, mientras que 75 individuos (37%) reportaron tener disfagia.

Tabla 8 Sensación de cuerpo extraño

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	171	85%
NO	29	15%
Total	200	100%

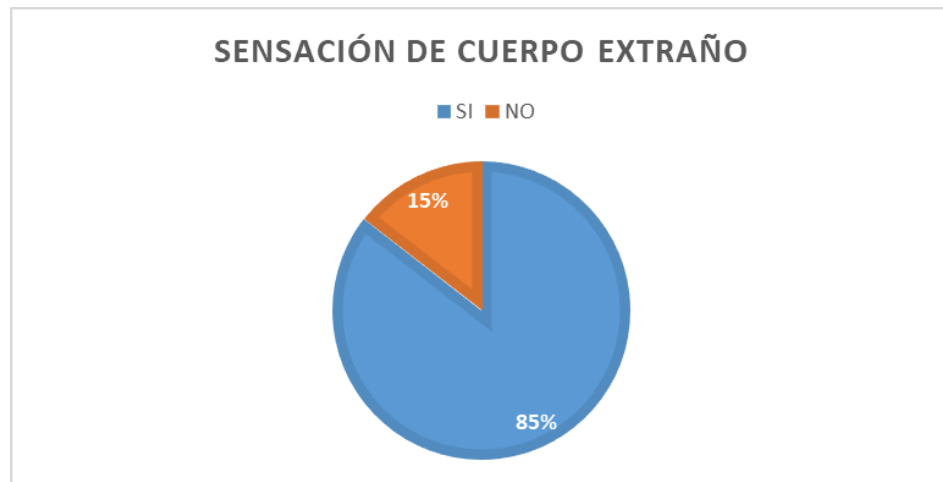


Gráfico 8 Sensación de cuerpo extraño

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos respecto a la sensación de cuerpo extraño revela que 171 individuos (85%) experimentaron esta sensación, mientras que 29 individuos (15%) sí la reportaron.

Tabla 9 Plenitud ótica

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	21%
NO	158	79%
Total	200	100%

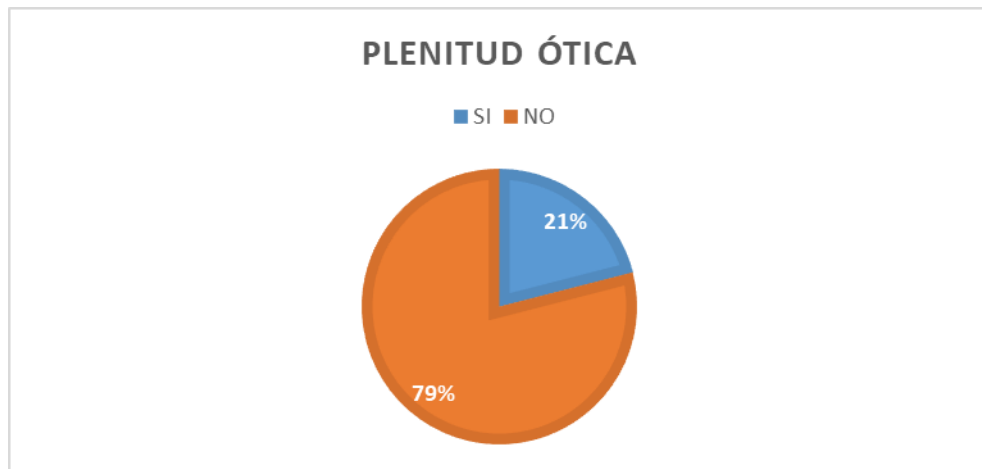


Gráfico 9 Plenitud ótica

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos en relación con la plenitud ótica indica que 158 individuos (79%) no presentaron esta condición, mientras que 42 individuos (21%) informaron experimentar plenitud ótica.

Tabla 10 Otagia

Descripción	Frecuencia	Porcentaje
SI	42	21%
NO	158	79%
Total	200	100%

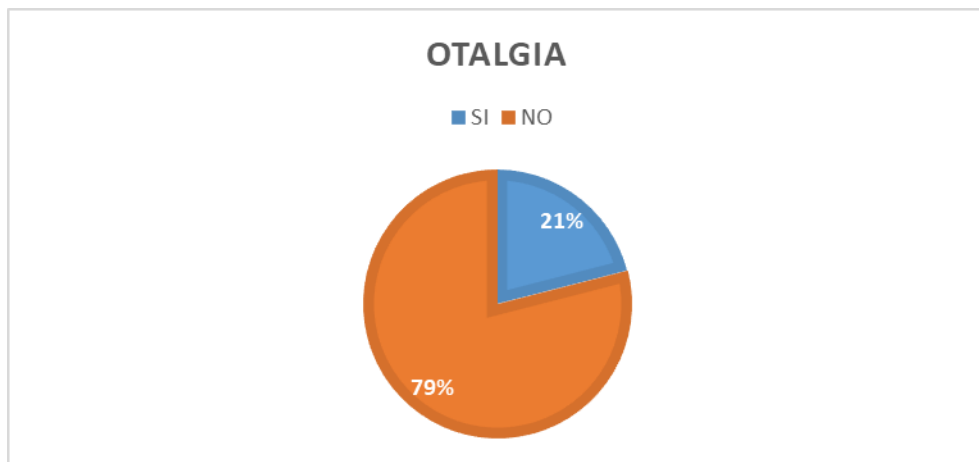


Gráfico 10 Otagia

Análisis

La distribución de la muestra de 200 individuos en relación con la otalgia revela que 158 individuos (79%) no experimentaron dolor de oído, mientras que 42 individuos (21%) sí reportaron haber experimentado otalgia.

4.2. Discusión

El presente estudio se enfoca en los pacientes de Guayaquil atendidos en el Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos durante el periodo de enero 2022 hasta diciembre 2023. El objetivo de este estudio estuvo enfocado en describir las manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con reflujo gastroesofágico. Para este menester se siguió una metodología cuantitativa, descriptiva con enfoque transversal y retrospectiva que contó con una muestra de 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Hay una notable disparidad entre los géneros, pues la mayoría de la muestra es femenina, con un 76%, mientras que la minoría es masculina, con un 24%. Estos resultados se relacionan con el estudio publicado por Ortiz y Diaz que contó con una muestra de 220 pacientes en donde el sexo predominante fue el femenino representando el 75%. (33)

En relación con la edad, se encontró que, el grupo de >51 años es el más numeroso con 121 individuos (61%). Estos valores se contrastan con el estudio publicado por Ortiz y Diaz en donde este mismo grupo etario estuvo comprendido mantuvo un 35%. (33)

En cuanto a la frecuencia de la pirosis, la cual se define como una sensación de ardor en el pecho que suele ir acompañada de un sabor amargo o ácido en la garganta y la boca, muestra que 142 individuos (71%) reportaron su presencia. En el estudio publicado por Páramo et al. Que contó con una muestra de 6842 pacientes con ERGE, la pirosis tuvo una prevalencia de 13,6%. (34)

La distribución de la muestra de 200 individuos en cuanto a la frecuencia de la disfonía muestra que 163 individuos (81%) reportaron esta manifestación. Un estudio publicado por Young que contó con una muestra de 1.161 pacientes encontró esta manifestación en un 71%. (35)

Otra manifestación estudiada fue la tos, donde se evidenció que 160 individuos (80%) reportaron su presencia. Este resultado contrasta con los hallazgos presentados en el estudio publicado por Pilar en el año 2023 que contó con una muestra de 2,688 pacientes, cuya prevalencia de la tos fue de 56%.

En cuanto a la faringodinia, muestra que 145 individuos (72%) la reportaron. Este síntoma se evidencia por un dolor de baja intensidad, no obstante en diversas ocasiones, suele ser fuerte, complicando inclusive a la alimentación. En el estudio publicado por Morales et al. que contó con una muestra de 45 pacientes, mostró una prevalencia de faringodinia de 80%. (36)

En cuanto a la frecuencia de la disfagia muestra que 75 individuos (37%) reportaron tenerla. En el estudio publicado por Pilar que contó con una muestra de 2,688 pacientes, se encontró una prevalencia de disfagia de 38%.

Respecto a la sensación de cuerpo extraño revela que 171 individuos (85%) experimentaron este síntoma. Estos hallazgos se contrastan con los resultados publicados por Morales et al. que mostró una prevalencia de esta manifestación del 64%. (36)

En relación con la otalgia revela que 42 individuos (21%) reportaron haber experimentado otalgia. En el estudio publicado por Morales et al. que contó con una muestra de 45 pacientes, mostró una prevalencia de otalgia del 24%. (36)

Capítulo V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La mayoría de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico son mujeres (76%).
- El grupo de edad más numeroso es el de > 51 años, representando el 61% de la muestra, y cuya edad media fue de 51,32 años.
- La faringodinia es el síntoma más prevalente, con un 72% de los pacientes afectados es el cuarto síntoma más frecuente.
- La otalgia es el síntoma menos frecuente, afectando solo al 21% de los pacientes.

5.2. Recomendaciones

- Se requieren programas de prevención orientados a mujeres, recalando factores de riesgo y medidas de prevención para un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz del reflujo gastroesofágico.
- Implementar planes estratégicos de tratamiento y detección en personas de más de 50 años, introduciendo campañas de concienciación respecto a síntomas del reflujo gastroesofágico y facilitar información respecto a cambios en el estilo de vida que permitan disminuir síntomas en poblaciones específicas.
- Promover medicamentos adecuados y cambios dietéticos en la pirosis, confirmando así que los pacientes obtengan educación sobre alimentos desencadenantes y de la importancia de continuar las indicaciones médicas.
- Considerar probables motivos de otalgia en pacientes con reflujo gastroesofágico, como problemas mandibulares o infecciones del oído.

REFERENCIAS

1. Akinola MA, Oyedele TA, Akande KO, Oluyemi OY, Salami OF, Adesina AM, et al. Gastroesophageal reflux disease: prevalence and Extraesophageal manifestations among undergraduate students in South West Nigeria. *BMC Gastroenterology* [Internet]. 26 de mayo de 2020 [citado 27 de agosto de 2024];20(1):160. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12876-020-01292-1>
2. Ospina LFR, Borrález-Segura B. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Medicina* [Internet]. 17 de noviembre de 2022 [citado 18 de febrero de 2024];44(3):328-37. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/2180>
3. Ríos CC de los, Cabezudo MA, Vallés AZ, Díaz-Rubio ER. Enfermedades del esófago (I): enfermedad por reflujo gastroesofágico. Diagnóstico y tratamiento. *FMC* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 18 de febrero de 2024];29(4):164-73. Disponible en: <http://www.fmc.es/es-enfermedades-del-esofago-i-enfermedad-articulo-S1134207222000354>
4. Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults - UpToDate [Internet]. [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-gastroesophageal-reflux-in-adults?search=manifestaciones%20otorrinolaringologicas%20en%20erge&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=2%20%20
5. Tan J, Li L, Huang X, Yang C, Liang X, Zhao Y, et al. Associations between gastro-oesophageal reflux disease and a range of diseases: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open* [Internet]. diciembre de 2020 [citado 27 de agosto de 2024];10(12):e038450. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-038450>
6. Salas UC, Eugenio JC, Riaño KB, Vergara ACZ, Pérez IST. La identificación del reflujo gastroesofágico fisiológico evita estudios innecesarios. *Biociencias* [Internet]. 2020 [citado 18 de febrero de

- 2024];15(2):119-28. Disponible en:
<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/7357>
7. villacís_benavides_jairo . f.pdf [Internet]. [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en:
[https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36937/1/villac%
c3%ads_benavides_jairo%20.%20f.pdf](https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36937/1/villac%c3%ads_benavides_jairo%20.%20f.pdf)
8. Borrález Segura BA, Díaz Rivera MC, Ramírez Isaza CE. Fundamentos de cirugía general [Internet]. Universidad Tecnológica de Pereira; 2020 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://doi.org/10.22517/9789587223958>
9. Le YLT, Luu MN, Mai LH, Hoang AT, Nguyen TT, Quach DT. Prevalencia y características de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas. Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 1 de octubre de 2023 [citado 18 de febrero de 2024];88(4):341-6. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037509062200074X>
10. Ortiz FGD, Tixi CEL, Vinueza VVV, Manzano EPP. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. RECIAMUC [Internet]. 1 de abril de 2019 [citado 18 de febrero de 2024];3(2):572-96. Disponible en:
<https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/354>
11. Antunes C, Aleem A, Curtis SA. Gastroesophageal Reflux Disease. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441938/>
12. Burdiles Pinto P. [Gastroesophageal reflux: new concepts on physiopathology and treatment]. Rev Gastroenterol Mex. 1994;59(2):102-13.
13. Soto-Pérez JC, Abdo-Francis JM. Fenotipos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: una visión basada en su fisiopatología. Cir Cir. 2023;91(3):403-10.
14. Enaud R, Dobremez E, Lamireau T. Reflujo gastroesofágico en el niño. EMC - Tratado de Medicina [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 27 de agosto

- de 2024];26(2):1-11. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541022464610>
15. Argüero J, Sifrim D. Actualización en la fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. ACTA [Internet]. 27 de junio de 2022 [citado 18 de febrero de 2024];52(2):135-52. Disponible en:
<https://actaojs.org.ar/ojs/index.php/acta/article/view/212>
16. Vista de Utilidad de procinéticos en el reflujo gastroesofágico [Internet]. [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://recimundo.com/index.php/es/article/view/753/1089>
17. Sampedro - Autoras Elena Pérez Hoyos.pdf [Internet]. [citado 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sefac.org/system/files/2021-10/Monografia%20ERGE_13as.pdf
18. Pilar RR del, Ramos-Gómez MV, Navarro C, Paredes-Amenabar C. Enfermedad por reflujo gastroesofágico resistente. ¿Cuándo sospechar pirosis funcional e hipersensibilidad al reflujo? Medicina Interna de México.
19. Fiorella R, Mariela DG. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Carrera de Medicina Trabajo Final.
20. Jaime M F. RELACIÓN DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA. Neumol Pediatr [Internet]. 10 de julio de 2019 [citado 18 de febrero de 2024];14(3):126-30. Disponible en:
<https://www.neumologia-pediatrica.cl/index.php/NP/article/view/106>
21. Fuentes Aracena CH. Odinofonía: una actualización clínica. Rev Investig Innov Cienc Salud [Internet]. 19 de mayo de 2023 [citado 18 de febrero de 2024];5(1):191-214. Disponible en:
<https://riics.info/index.php/RCMC/article/view/169>
22. Brar S, Watters C, Watson N, Birchall M, Karagama Y. Ear, nose and throat (ENT) manifestations and complications of reflux. Frontline Gastroenterol [Internet]. agosto de 2022 [citado 18 de febrero de 2024];13(e1):e57-64. Disponible en:
<https://fg.bmj.com/lookup/doi/10.1136/flgastro-2022-102184>

23. Schlottmann F, Herbella FAM, Patti MG. Chapter 9 - Gastroesophageal reflux disease and dysphagia. En: Patti M, Schlottmann F, Mardiros Herbella FA, editores. Dysphagia [Internet]. Academic Press; 2023 [citado 18 de febrero de 2024]. p. 119-28. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780323998659000117>
24. Guzmán MJ, Dulbecco M. Abordaje del paciente con disfagia.
25. Wilkinson JM, Codipilly DC, Wilfahrt RP. Dysphagia: Evaluation and Collaborative Management. 2021;103(2).
26. Olmos-Martínez JM, Domínguez-Muñoz JE. Protocolo diagnóstico de la sensación de globo esofágico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 18 de febrero de 2024];13(7):409-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300925>
27. Kumar AR, Katz PO. Functional esophageal disorders: a review of diagnosis and management. Expert Review of Gastroenterology & Hepatology [Internet]. julio de 2013 [citado 18 de febrero de 2024];7(5):453-61. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1586/17474124.2013.811028>
28. Salazar F. C, Vicencio S. D, Fernández R. L. Otagia secundaria o referida, lo que el clínico debe saber. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello [Internet]. diciembre de 2020 [citado 18 de febrero de 2024];80(4):531-9. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162020000400531&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Guillén-Ramírez JA, Corrales AL. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico: ¿Qué hay de nuevo en su diagnóstico y tratamiento? Gastroesophageal Reflux Disease: What's new in its diagnosis and treatment? REMUS - Revista Estudiantil de Medicina de la Universidad de Sonora [Internet]. 31 de enero de 2022 [citado 18 de febrero de 2024];40-2. Disponible en: https://remus.unison.mx/index.php/remus_unison/article/view/86
30. Jardí A, Díaz JL. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 1 de abril

de 2020 [citado 18 de febrero de 2024];13(7):374-83. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300871>

31. Molina AB, Hernández VG, Sánchez OE, Pascual J. REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

32. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de reflujo gastroesofágico en pediatría Grupo de Trabajo de Reflujo Gastroesofágico del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Arch Argent Pediat [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 18 de febrero de 2024];119(6). Disponible en:
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a28s.pdf>

33. Fernando OSS, Ivo DD. Factores de riesgo asociados a esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes mayores de 20 a 65 años en el Hospital General del Norte de Guayaquil IESS Ceibos en el periodo 2021-2022. 2023;

34. Hernández DBP, Albis R, Galiano MT, Molano BM de, Rincón R, Ovalle LFP, et al. Prevalencia de síntomas del reflujo gastroesofágico y factores asociados: una encuesta poblacional en las principales ciudades de Colombia. Revista colombiana de Gastroenterología [Internet]. 2016 [citado 27 de agosto de 2024];31(4):337-46. Disponible en:
<https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/108>

35. Young P, Finn BC, Fox ML, Emery N, Bruetman JE. Disfunción de cuerdas vocales secundaria a reflujo gastroesofágico. An Med Interna (Madrid) [Internet]. julio de 2008 [citado 27 de agosto de 2024];25(7). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000700007&lng=en&nrm=iso&tlng=en

36. Morales-Cadena M, Pérez A, Vidal D. Faringopatía por reflujo gastroesofágico. Estudio prospectivo de 45 casos. 1 de abril de 1991;36:127-35.



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

Nosotros, **Alvarado Hormaza, Karla Daniela**, con C.C: # 0959449125 y **Macías Pita, Gina Pierina**, con C.C: # 1313103630 autor/a del trabajo de titulación: **Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del departamento de gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero 2022 hasta diciembre 2023**, 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, 04 de octubre de 2024



Firmado electrónicamente por:
**KARLA DANIELA
ALVARADO HORMAZA**

f. _____
Alvarado Hormaza, Karla Daniela
C.C. 0959449125



Firmado electrónicamente por:
**GINA PIERINA
MACIAS PITA**

f. _____
Macías Pita, Gina Pierina
C.C. 1313103630



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



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

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA Y SUBTEMA:	Manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico de 18 a 65 años del departamento de gastroenterología del Hospital General del Norte IESS Ceibos en el periodo comprendido desde enero 2022 hasta diciembre 2023.		
AUTOR(ES)	Alvarado Hormaza, Karla Daniela Macías Pita, Gina Pierina		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Espinoza Godoy, Alessandri Rafael		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04 de octubre del 2024	No. DE PÁGINAS:	34
ÁREAS TEMÁTICAS:	Otorrinolaringología, Reflujo gastroesofágico, Gastroenterología, Reflujo Esofágico,		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Reflujo gastroesofágico, pirosis, faringodinia, tos, disfagia, otalgia, sensación de cuerpo extraño, plenitud ótica, disfonía.		
RESUMEN:	<p>Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se manifiesta por reflujo de contenido gástrico en dirección al esófago, lo que causa síntomas y complicaciones permanentes. Los síntomas más comunes fueron disfonía, ronquera, tos seca, secreción hipo faríngea, sensación de cuerpo extraño, laringoespasma y amargura en la boca o saliva.</p> <p>Objetivo: Describir las manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con reflujo gastroesofágico.</p> <p>Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional, retrospectivo desde enero 2022 a diciembre 2023. Se estudió una muestra de 200 historias clínicas de adultos de 18 a 65 años con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Hospital General IESS Ceibos. Resultados: La mayoría de los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico son mujeres (76%), el grupo de edad más numeroso es el de > 51 años, del cual más de la mitad de la muestra reporta tener pirosis, la disfonía, tos y sensación de cuerpo extraño > 80%, la faringodinia es el síntoma más prevalente, con un 72% de los pacientes y la mayoría de los pacientes no experimentan disfagia, ni otalgia, el cual es el síntoma menos frecuente, afectando solo al 21% de los pacientes. Conclusión: Se deduce que el reflujo gastroesofágico es un factor predisponente en la presencia de manifestaciones otorrinolaringológicas.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0988658801 0960094824	E-mail: karla1410@outlook.com ginapmp2000@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UIC):	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diego.vasquez@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):			