

11226

107



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION DOS NOROESTE D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 94

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO
ASOCIADO A ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
RECURRENTE\$ EN MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. LUIS SANCHEZ DELIA GUADALUPE

ASESOR: DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO



MEXICO, D.F.

2007

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Cada hoja redactada representa conocimiento , esfuerzo, dedicación y amor que se logra con el apoyo incondicional de muchos seres humanos logrando así parte de mi superación profesional, superación que poco a poco se va reflejando en el ente fundamental de mi profesión.....Mi paciente.

Gracias a mis profesores que han tenido la capacidad para guiar el curso de mi especialización, principalmente a mi Asesor que reflejó dedicación y paciencia continua para llevar hasta el final este proyecto....

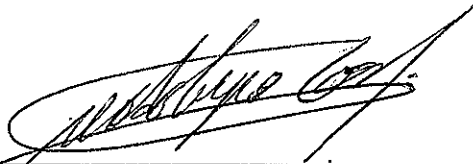
Gracias a mi Padre y Hermanos que son participes en cada momento de mi preparación brindando todo su apoyo posible sin remuneración alguna...

LOGROS que no hubieran sido posible realizarlos sin la bendición de Dios y el recuerdo vivo de **Mi Madre.**

Autorizaciones



DRA. PATRICIA LEONOR PÉREZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA.



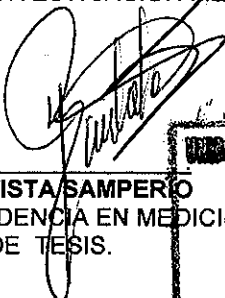
DRA. MARÍA GUADALUPE GARFIAS GARNICA
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDEUCACION MEDICA



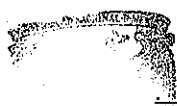
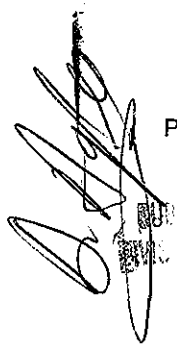
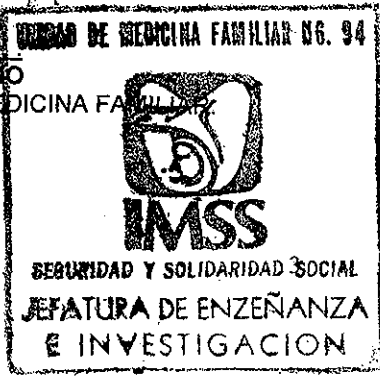
DRA. ANA MARÍA CORTÉS AGUILERA
DIRECTORA DE LA UMF. 94



DRA. PATRICIA OCAMPO BARRIO
JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA



DRA. LIDIA BAUTISTA/SAMPERIO
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS.



ACION
GRADO

En
U. ...

INDICE

Titulo	1
Agradecimientos	2
Autorizaciones	3
Antecedentes Científicos	5
Marco Teórico	7
Planteamiento del problema	11
Pregunta de investigación	12
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Hipótesis	13
Diseño Metodológico	13
Identificación de variables	14
Operacionalización de las variables	14
Escalas, Universo y Población	16
Criterios de Inclusión, No inclusión y exclusión	17
Descripción del instrumento	19
Tratamiento Estadístico	20
Consideraciones Éticas	20
Programa de Trabajo	21
Recursos físicos, humanos , materiales y financieros	22
Resultados	23
Cuadros y Figuras	25
Análisis de Resultados	37
Conclusiones	39
Sugerencias	40
Anexos	41
Bibliografía	43

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Desde la antigüedad se sabe que la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es un trastorno bastante común durante la infancia, pero que no se había considerado su asociación con otras patologías; sin embargo el término ya se utilizaba con mucha frecuencia mencionando como sinónimos a la calasia.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la presentación de ERGE se reporta con una elevada frecuencia a nivel pediátrico, tomando el segundo lugar después de los eventos respiratorios; a pesar de ello no se han considerado acciones preventivas, ni tampoco en los programas de atención prioritaria en esta etapa de la vida del niño.

Llama la atención sin embargo en el último decenio que dicha entidad patológica muestra una creciente potencialidad en la que se demarcan complicaciones tales como producir desnutrición, retraso en el crecimiento, asma y neumonías por aspiración pulmonar, esofagitis, estrechez del esófago, episodios de apnea e incluso muerte súbita (SIDS). Aún a pesar de estos fenómenos tan relevantes no se ha podido incluir un programa en cuanto a la salud de la niñez que logre fomentar en la sociedad médica la cultura de detectar y tratar la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico⁽¹⁶⁾.

En el IMSS se realiza generalmente el diagnóstico de ERGE hasta la protocolización de pacientes con enfermedades respiratorias recurrentes, este hecho es sumamente valioso ya que además de abocarse al manejo inmediato de la patología de referencia, el estudio integral del paciente aunque inicialmente propicia mayor gasto por el tipo de estudios, a largo plazo el beneficio para el paciente y la misma institución se ve redituada, pues el tratamiento es mejor orientado acorde al factor causal y la oportunidad del manejo evita complicaciones a corto y largo plazo.

En el HGZ N. 29, no se cuenta con una especificación de causa de morbilidad que condicionó la demanda de atención; mientras que la UMF No 94 en el año 2000 reporta una población usuaria menor de 5 años de edad de 9511 derechohabientes, de los cuales en el registro de morbilidad se encontraron los siguientes datos relacionados con la presentación de eventos de enfermedad de vías respiratorias en las siguientes categorías: Angina estreptocócica se reportan 3 casos de 1 a 4 años de edad, bronquitis y Bronquiolitis en menores de 1 año de edad se reportan 73 casos mientras que mayores hasta los 5 años de edad se reportan 126 casos, faringitis y amigdalitis en menores de 1 año de edad se reportan 3759 casos, rinofaringitis agudas en menores de 1 año de edad se reportan 1478 casos mientras que en mayores hasta los 5 años de edad, se reportan 2662 eventos, sinusitis agudas 7 eventos mayores de 1 año hasta los 5 años de edad, neumonías y bronconeumonías mayores de 1 año de edad hasta los 5 años de edad se reportaron 2 casos, otitis medias agudas no supuradas y supuradas se reportaron

75 eventos en niños de 1 hasta los 5 años de edad y menores de 1 año fueron reportados 10 eventos ,otros procesos respiratorios agudos de vías superiores 9850 de 1 hasta los 5 años de edad fueron 3732 eventos. De aquí la importancia de haber analizado la alta frecuencia que existe con la asociación de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

MARCO TEORICO

La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) es un padecimiento que desde mucho tiempo atrás se ha mostrado predominante en la edad lactante y preescolar; reportando una alta incidencia en esta población, alcanza hasta un 60% en los niños menores de 4 años⁽²⁾.

Se ha observado como parte de la historia natural de la enfermedad en niños menores de 1 año con el diagnóstico de ERGE en su mayoría las manifestaciones son autolimitadas y que se resuelve aproximadamente para el año de edad⁽⁴⁾.

En el IMSS a nivel nacional no se ha realizado una asociación directa con exactitud con procesos morbosos de vías respiratorias ya sea altas y/ o bajas⁽⁶⁾. Aunque ambos padecimientos tienen una presentación altamente significativa en la morbilidad general. Sin embargo la frecuencia de ERGE con entidades como asma varía del 33 al 90% sin tener cifras exactas de tal padecimiento; algunos estudios en México hacen suponer que la prevalencia de padecimientos como el Asma Bronquial varían entre el 5 y 10% de la población general pero aún desconocemos la frecuencia de ERGE y la asociación con padecimientos respiratorios en pacientes mexicanos. Aunque los episodios de ERGE ocurren de una manera normal en el humano 44% de los adultos en EUA presentan pirosis al menos una vez al mes y 80% tienen síntomas diariamente y más del 60% de los pacientes con síntomas típicos de ERGE no tienen lesiones en la mucosa esofágica⁽¹⁸⁾. Como ya se mencionó en México desconocemos las cifras de ERGE en la población general y en pacientes con problemas respiratorios agregados como Asma bronquial; mientras que en otros países diversos estudios han encontrado que la frecuencia de ERGE con asociación a Enfermedades de vías respiratorias es alta y varía del 47 al 64% en niños y 33 al 90% en adultos⁽¹⁶⁾.

La ERGE es una patología compleja la cual es considerada como una disfunción del esófago distal que permite el regreso del contenido gástrico hacia el esófago⁽¹¹⁾; pudiendo estar asociado con hernia hiatal.

El factor fundamental que condiciona la presencia o no de ERGE es la competencia de la barrera antirreflujo, siendo el volumen gástrico el factor que favorece la facilidad, rapidez y cantidad del material refluído⁽¹²⁾.

Una vez presente la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, los factores que condicionan o no la aparición de este son el aclaramiento esofágico o factor responsable del tiempo de exposición de la mucosa esofágica al material refluído; la composición de este material refluído que responde de la severidad del RGE y la barrera mucosa esofágica, de la cual depende la resistencia de la mucosa esofágica a la lesión por el material refluído⁽⁹⁾.

Existe una correlación estrecha entre los distintos factores etiopatogénicos de la ERGE, por lo que una vez iniciada esta pueden ocurrir mecanismos cíclicos que dan lugar a una perpetuación del proceso⁽⁴⁾.

La sintomatología manifestada en general se expresa en diferentes grados dependiendo de la severidad del mismo; la pirosis es uno de ellos que consiste en

sensación de quemazón y/ o dolor retroesternal que se irradia ascendentemente hacia el cuello y en raras ocasiones hacia los brazos; la regurgitación es un síntoma inequívoco de este padecimiento y que se encuentra más frecuentemente expresado en la edad pediátrica, consiste en salida de material gástrico en el caso del niño la salida de leche a la boca de forma espontánea y tras cambios posturales como al agacharse, una manifestación común es la presencia de tos y ahogo nocturno notando la almohada del paciente manchada de líquidos que puede corresponder a jugo gástrico⁽⁶⁾.

Otra alteración presente es la disfagia manifestada como una dificultad para deglutir suele ser intermitente y como resultado de una motilidad alterada del cuerpo del esófago; desencadenándose primero para los sólidos⁽¹⁰⁾; la odinofagia aunque es poco frecuente ocurre cuando el ERGE es gravoso el cual se manifiesta como un dolor sordo subesternal que aumenta con la deglución y alivia con alcalinos⁽¹⁶⁾; en otras ocasiones la única manifestación son los síntomas pulmonares inexplicables como sibilancias, ahogo nocturno, tos y ronquera, faringitis crónica, asma bronquial no estacional, bronquitis, etc⁽³⁾.

Todos estos síntomas tiene como explicación fisiopatológica que existe un paso del material gástrico refluído al árbol bronquial⁽¹⁴⁾ pero es difícil establecer una relación causal con el ERGE ya que no se refiere pirosis ni regurgitación, comprobándose que los pacientes con problemas respiratorios que carecen de una historia familiar de asma y en los que las pruebas cutáneas para alérgenos son negativas tienen un 90% de posibilidad de padecer ERGE⁽¹⁾.

Como ya se ha mencionado la frecuencia es muy alta en la etapa neonatal sobre todo en niños con lesión cerebral, o sometidos a cirugías correctoras como atresias de esófago, clínicamente se manifiesta por vómitos continuos aunque no es raro la presencia de regurgitación, hemorragia, retraso del crecimiento, o manifestaciones pulmonares siendo muy elevada la incidencia de ERGE en niños con bronquitis de repetición⁽⁹⁾.

Muchos señalamientos de casos de trastornos de la porción superior de vías respiratorias se han relacionado con ERGE en los niños; se pensó que la broncoaspiración del contenido gástrico en algún momento ocasionaba inflamación y edema que producían estridor o que los reflejos nerviosos causaban laringoespasma⁽⁷⁾.

Si en la evaluación de la porción superior de vías respiratorias, se advierte como posibilidad un componente respiratorio inflamatorio crónico es prudente considerar al ERGE como causa posible; por otro lado como ya se mencionó suele ser difícil corroborar la relación previa entre asma, bronquitis y/o neumonía y la ERGE, algunos señalamientos de estos casos han intentado demostrar la presencia de ERGE en los trastornos antes señalados pero no se sabe si el Reflujo es un agente causal o es consecuencia de mayor esfuerzo respiratorio y de la tos⁽⁴⁾.

El hecho de que podamos relacionar los procesos respiratorios con la ERGE nos obliga a mencionar en este apartado a los procesos respiratorios más evidentes dentro de esta patología y cuando las tomaremos como eventos de repetición⁽⁸⁾.

Las enfermedades respiratorias agudas constituyen un importante problema de salud pública ocupan el primer lugar de consulta pediátrica ambulatoria en el mundo y a nivel institucional adjunta a enfermedades crónico-degenerativas

representan la principal causa de morbilidad y utilización de los servicios de salud, aún cuando la mayoría de estas enfermedades pueden ser prevenibles y autolimitadas en muchas ocasiones no detectamos el factor desencadenante de estas patologías⁽²⁾.

Llama la atención que en la guía de enfermedades respiratorias agudas de la revista de IMSS de 1998 ⁽¹⁾ en particular de los procesos infecciosos respiratorios comentan una multiplicidad de factores de riesgo los cuales mencionaré a continuación pero en ningún punto se retoma la presencia de Enfermedad por reflujo Gastroesofágico en niños menores de 5 años de edad :

1. Contacto con personas enfermas de infecciones respiratorias agudas.
2. Madres menores de 17 años con escasa escolaridad.
3. Cambios bruscos de temperatura.
4. Asistencia a guarderías
5. Hacinamiento.
6. Deficiente ventilación de la vivienda.
7. Tabaquismo pasivo.
8. Contaminación ambiental dentro y fuera del hogar.
9. Desnutrición.
10. Esquema incompleto de inmunizaciones.
11. Frecuencia elevada de infecciones respiratorias agudas (un niño en zona urbana padece de 5 a 9 episodios por año durante los primeros cinco años de vida).
12. Episodios mal atendidos por el personal de salud.

Es necesario que nosotros podamos identificar los principales problemas para unificar los criterios diagnósticos que faciliten decidir un tratamiento adecuado y oportuno.

Como ya se observó en los datos que anteceden la ERGE en la etapa pediátrica es más común de lo que realmente se piensa o se diagnostica en forma dirigida; en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el servicio de Pediatría no se tienen aproximaciones exactas de las consultas dadas anualmente de la presencia de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en sus diferentes grados y mucho menos son diagnosticados; siendo en algunas ocasiones diagnosticado como hallazgo del protocolo al cual son sometidos los infantes; sin embargo se mantienen fuera de manejo y a corto o a largo plazo desencadenarán complicaciones en menor o mayor grado, dependiendo de la severidad del cuadro, de tal manera que la patología inicial por la cual se deriva al paciente generalmente remite en su totalidad, no así el de ERGE el cual incluso es motivo para prolongar la estancia del paciente en el servicio siendo perjudicial por una parte para los médicos pues aumenta la demanda de consulta, saturación de los servicios de hospitalización ;y por otra parte para el instituto ya que conlleva a más gasto de recursos de gabinete, medicamentos, así como el manejo de las propias complicaciones de este

padecimiento; siendo de gran trascendencia el evaluar la frecuencia exacta de este padecimiento en la edad pediátrica evitando las complicaciones del mismo y el manejo en primer nivel de atención⁽¹⁵⁾.

Aunque se tiene una cifra aproximada de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en menores de 5 años de edad por ejemplo en un estudio descriptivo en E.U.A. en 1998 se observó que de 49 pacientes portadores de Reflujo todos tuvieron eventos respiratorios asociados; de aquí dato importante para contemplar nuestra muestra de estudio ; e investigar dichos datos establecidos en otras comunidades.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En forma general la literatura reporta que el 67% de los menores de 4 años presentan ERGE considerada como un evento fisiológico y /o patológico, y que frecuentemente se encuentra asociado a la presentación de enfermedad respiratoria de repetición, aunque el dato exacto de asociación no se encuentra reportada ni en la literatura mundial, ni nacional. Se menciona que el 42% de los diagnosticados se manejan de acuerdo a la sintomatología referida., y el 58% restante no recibe manejo debido a múltiples causas, desde un mal diagnóstico, hasta la falta de corresponsabilidad de los familiares encargados del cuidados de los niños, lo que condiciona no solamente el retraso en el manejo sino potencializa las posibles complicaciones, así como incrementar costos de atención de estos pacientes⁽¹³⁾. Se han realizado investigaciones de las patología más frecuentemente encontradas del tracto respiratorio, así tenemos reporte desde un 33 al 90% en entidades como asma relacionado con ERGE, pero no contamos con datos mas precisos de otras patologías.^{16,18} En la UMF no. 94 se reporta como datos de atención a población menor de 5 años a 9511 niños, de los cuales el comportamiento de presentación de enfermedad respiratoria en forma global es de 21777 eventos, con la distribución mencionada en antecedentes. Sin embargo no existieron datos que relacionaran ERGE y EVR. Considerando que la infraestructura, y funcionamiento de la atención por niveles en el IMSS propició el seguimiento y manejo de los pacientes en forma integral para poder detectar, diagnosticar y tratar oportuna y adecuadamente, la atención pediátrica no solamente del niño sano, sino del enfermo para la realización de la propedéutica y exploración clínica así como el uso de gabinete como es la SEGD en un segundo nivel que es el único método de gabinete con el cual contamos hace factible la realización del diagnóstico de ERGE, y la búsqueda intencionada de la asociación como factor coadyuvante en la presentación de la EVR . Finalmente de acuerdo a las políticas que el IMSS como institución de salud a la vanguardia en el manejo integral del paciente y con la visión preventiva, hace que esta investigación que se propone pueda justificarse para ser llevada cabo; y que a largo plazo pueda proponerse como parte de la protocolización del paciente con enfermedad respiratoria recurrente, si se comprueba la asociación significativa como factor coadyuvante entre ERGE y estados morbosos respiratorios recurrentes, repercutiendo no solo en la salud del paciente, sino en la oportunidad en la atención para el Diagnóstico y Tratamiento de este tipo de pacientes a largo plazo en el costo beneficio del paciente y la institución, ya que en mi paso por el HGZ 29 observé que se realiza el diagnóstico de ERGE tanto en consulta externa de pacientes enviados de las UMF, así como en área hospitalaria en aquellos pacientes protocolizados por enfermedades de vías respiratorias recurrentes.

Es por todo esto que surgió la inquietud y se planteó la siguiente interrogante.

¿Cuál es la frecuencia de asociación de enfermedades respiratorias de repetición en pacientes menores de 5 años con y sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico?

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación de enfermedades respiratorias de repetición en pacientes con y sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el niño menor de cinco años de la UMF 94 .

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Identificar existencia y el grado de ERGE en los niños menores de años de edad atendidos en el servicio de pediatría del HGZ 29 durante el año 2000.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años portadores de ERGE adscritos a la UMF. 94.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años sin ERGE adscritos a la UMF. 94.

HIPOTESIS:

El paciente portador de ERGE se asocia a una mayor recurrencia de enfermedad respiratoria en comparación con el menor de 5 años de edad sin diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

DISEÑO METODOLÓGICO

Observacional, analítico, transversal , retrospectivo, comparativo.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación de enfermedades respiratorias de repetición en pacientes con y sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el niño menor de cinco años de la UMF 94 .

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Identificar existencia y el grado de ERGE en los niños menores de años de edad atendidos en el servicio de pediatría del HGZ 29 durante el año 2000.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años portadores de ERGE adscritos a la UMF. 94.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años sin ERGE adscritos a la UMF. 94.

HIPOTESIS:

El paciente portador de ERGE se asocia a una mayor recurrencia de enfermedad respiratoria en comparación con el menor de 5 años de edad sin diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

DISEÑO METODOLÓGICO

Observacional, analítico, transversal , retrospectivo, comparativo.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación de enfermedades respiratorias de repetición en pacientes con y sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el niño menor de cinco años de la UMF 94 .

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Identificar existencia y el grado de ERGE en los niños menores de años de edad atendidos en el servicio de pediatría del HGZ 29 durante el año 2000.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años portadores de ERGE adscritos a la UMF. 94.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años sin ERGE adscritos a la UMF. 94.

HIPOTESIS:

El paciente portador de ERGE se asocia a una mayor recurrencia de enfermedad respiratoria en comparación con el menor de 5 años de edad sin diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

DISEÑO METODOLÓGICO

Observacional, analítico, transversal , retrospectivo, comparativo.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación de enfermedades respiratorias de repetición en pacientes con y sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el niño menor de cinco años de la UMF 94 .

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- * Identificar existencia y el grado de ERGE en los niños menores de años de edad atendidos en el servicio de pediatría del HGZ 29 durante el año 2000.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años portadores de ERGE adscritos a la UMF. 94.
- * Identificar el tipo y frecuencia de patología respiratoria de los niños menores de 5 años sin ERGE adscritos a la UMF. 94.

HIPOTESIS:

El paciente portador de ERGE se asocia a una mayor recurrencia de enfermedad respiratoria en comparación con el menor de 5 años de edad sin diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

DISEÑO METODOLÓGICO

Observacional, analítico, transversal , retrospectivo, comparativo.

**IDENTIFICACIÓN DE VARIABLE:
VARIABLES UNIVERSALES**

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Categorización de la variable.
Edad:	Años transcurridos entre la fecha de nacimiento y el último cumpleaños..	Edad referida por la paciente al contestar el cuestionario	Cuantitativa	numérica Discreta	Años cumplidos
Sexo	Condición orgánica asignada al ser determinada como Masculino y femenino	Sexo determinado en el expediente clínico .	Cualitativa	nominal	Femenino Masculino

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Nombre De la variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de variable	Escala y categorización de la variable
ERGE	Condición orgánica en la que existe incompetencia de la barrera antirreflujo favoreciendo la progresión retrógrada de material gástrico	Reportándose a través de SEG D ; dependiendo del material refluído será el grado de Reflujo	Cualitativa	Nominal Si No

VARIABLE DEPENDIENTE:

Enfermedades de Vías Respiratorias repetitivas	Grupo de padecimientos que pueden afectar al tracto respiratorio superior e inferior	Catalogándose por el número de eventos al año. Tomándose como referencia más de 5 eventos al año.	Cualitativa	Nominal Si No

Universo de trabajo:

Niños menores de 5 años atendidos en UMF. 94 y HGZ 29 en consulta externa y hospitalización del servicio de Pediatría de enero a diciembre del año 2000.

Población:

Niños menores de 5 años de edad, atendidos en el Hospital General de Zona no. 29, por cuadro de enfermedad respiratoria de repetición con y sin el diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y por adscripción pertenezcan a la UMF no 94.

TIPO DE MUESTREO: No probabilístico, por conveniencia para el grupo control y el grupo experimental hasta complementar el número de sujetos del tamaño de muestra determinado.

Cálculo del tamaño de muestra:

Con una prevalencia de 33% esperada de Enfermedades de Vías Respiratorias en pacientes sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y con una prevalencia esperada del 90% de Enfermedades de Vías Respiratorias en pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico de acuerdo a los datos epidemiológicos de la literatura se calculó con el programa de EPI. Info para estudio de cohorte no apareada, con un nivel de confianza de 95% , un poder de la muestra de 80% , una relación 2:1, obteniendo una muestra de 32 pacientes para grupo experimental y 16 para el grupo control.

ANALISIS ESTADISTICO:

Para los datos generales se trabajó estadística descriptiva.

Se trabajó con variables cualitativas, por lo que se aplicó chi cuadrada para dos grupos independientes con una p de 0.05 para determinar diferencias significativas entre grupos.

Para estimar asociación en observaciones no pareadas se utilizó determinación del riesgo relativo, del tipo de Razón de momios.

GRUPO EXPERIMENTAL

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Niños menores de 5 años de edad.
2. De ambos sexos atendidos en HGZ no 29 por Enfermedades de Vías Respiratorias
3. Que cuenten con el Diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico el cual halla sido establecido en el año 2000.
4. Que exista expediente clínico con protocolo de estudio que corrobore el diagnóstico de Enfermedad por reflujo Gastroesofágico en el HGZ no 29.
5. Adscritos a la UMF no 94.
6. Que se encuentre expediente clínico en la UMF no 94.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

1. Con registro en el formato institucional 4-30-6 pero sin expediente clínico.
2. Niños que presenten antecedentes patológicos que por si mismos condicionen la presencia de reflujo(fundamentalmente pacientes con antecedentes de patología neurológica, con atresia o fístula esofágica).

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

No necesarios.

Prueba Piloto :No necesaria

GRUPO CONTROL.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Niños menores de 5 años de edad
2. De ambos sexos, atendidos en el HGZ no. 29 por Enfermedades de Vías Respiratorias.
3. Que se les descartó el Diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el año 2000.
4. Que exista expediente clínico con protocolo de estudio de Enfermedad por reflujo Gastroesofágico en el HGZ no 29.
5. Adscritos a la UMF no 94.
6. Que se encuentre expediente clínico en la UMF no 94.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

1. Con registro en el formato institucional 4-30-6 pero sin expediente clínico.
2. Niños que presenten antecedentes patológicos que por si mismos condicionen la presencia de reflujo(fundamentalmente pacientes con patología neurológica, con atresia o fístula esofágica).
3. Pacientes protocolizados en pediatría, alergología o neumología con etiología precisa de Enfermedad de Vías Respiratorias , antes del año 2000.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

No necesarios.

Prueba Piloto :No necesaria

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO.

El instrumento utilizado fue una hoja de recolección de datos estructurada en forma de hoja de cálculo, en la que se contempló datos generales de identificación del paciente como son: número progresivo, nombre, edad, sexo; y además datos específicos para establecer la evaluación del expediente como son: Enfermedad respiratoria con categoría Si y NO; grado de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico ; Número de eventos respiratorios; Tipo de afección respiratoria; número de internamientos por Reflujo Gastroesofágico y número de internamientos por enfermedad de vías respiratorias (EVR).

Dicha hoja fue manejada por el investigador en forma directa y su llenado dependió de los datos registrados en el expediente protocolizado. Ver formato anexo no. 1.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Para los datos generales se utilizaron medidas de tendencia central y porcentual (como son para edad, sexo)

El estadístico utilizado para los resultados de la variable se realizó en forma porcentual (número de pacientes con y sin EVR ; y los diferentes grados de ERGE)

Tratando de encontrar diferencias en comportamiento entre ambos eventos ERGE y EVR ; ERGE sin EVR) se utilizó chi cuadrada para dos grupos independientes con una p de 0.05 .

Utilizando un nivel de confianza del 95% y una p de 0.05. y 1 GL. Estableciendo como criterio de decisión :

Si la chi cuadrada calculada es mayor o igual a la chi cuadrada de tablas se rechazará la hipótesis nula.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA.

Ho. La frecuencia de EVR es menor o igual entre los pacientes con diagnóstico de ERGE

Hi: la frecuencia de EVR es mayor en los pacientes portadores de ERGE.

Se rechaza Ho si la $p > 0.05$, si el valor de χ^2 calculado es mayor que el valor de χ^2 teórico

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se consideró la Declaración de Helsinki ; La Ley General de Salud en sus capítulos correspondientes de investigación en salud.

Normas y procedimientos en materia de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Para los datos generales se utilizaron medidas de tendencia central y porcentual (como son para edad, sexo)

El estadístico utilizado para los resultados de la variable se realizó en forma porcentual (número de pacientes con y sin EVR ; y los diferentes grados de ERGE)

Tratando de encontrar diferencias en comportamiento entre ambos eventos ERGE y EVR ; ERGE sin EVR) se utilizó chi cuadrada para dos grupos independientes con una p de 0.05 .

Utilizando un nivel de confianza del 95% y una p de 0.05. y 1 GL. Estableciendo como criterio de decisión :

Si la chi cuadrada calculada es mayor o igual a la chi cuadrada de tablas se rechazará la hipótesis nula.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICA.

Ho. La frecuencia de EVR es menor o igual entre los pacientes con diagnóstico de ERGE

Hi: la frecuencia de EVR es mayor en los pacientes portadores de ERGE.

Se rechaza Ho si la $p > 0.05$, si el valor de χ^2 calculado es mayor que el valor de χ^2 teórico

CONSIDERACIONES ETICAS:

Se consideró la Declaración de Helsinki ; La Ley General de Salud en sus capítulos correspondientes de investigación en salud.

Normas y procedimientos en materia de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PROGRAMA DE TRABAJO

Aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación, Se solicitó a las autoridades correspondientes la apertura de las áreas y acceso a revisión de material para recabar la información en el HGZ 29 y la UMF. 94.

Se recabaron los expedientes los días lunes y viernes de cada semana hasta completar la revisión de toda la atención del año 2000, con un horario de las 14:00 a las 20:00 hrs. realizado directamente por el investigador, alternando los días en el HGZ y en la UMF 94.

Una vez terminada la captura de la información se procedió al tratamiento estadístico y el análisis de los resultados.

Se utilizó el programa de spss y excel para el procesamiento de los datos y la elaboración de tablas y gráficos correspondientes. El instrumento utilizado fue descrito con anterioridad y elaborado ex profeso para ello.

El manejo estadístico se realizó utilizando la estadística descriptiva con la determinación porcentual en cada uno de los grados con frecuencias simples. Se utilizó como prueba de hipótesis la Ji cuadrada para muestra independientes y la razón de momios como medida de asociación.

La difusión del trabajo se realizó en sesión general con los médicos residentes de la UMF 94 y se buscará la publicación en la Gaceta de la Facultad de Medicina.

RECURSOS MATERIALES:

Expedientes de los pacientes de estudio
Computadora Pentium III, disquete e impresora.
Papel para computadora
Hojas blancas.
Lápices
Gomas

RECURSOS FISICOS:

Los de la UMF 94 y HGZ 29.

RECURSOS FINANCIEROS:

A cargo del investigador.

RESULTADOS

Se realizó la revisión de los formatos institucionales 4- 30- 6 del HGZ no. 29 del servicio de Pediatría tanto de consulta externa como de hospitalización de los pacientes atendidos en el año 2000, con seguimiento en la UMF no. 94, obteniéndose 190 pacientes con el Diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, de los cuales solo 110 pacientes pertenecieron a menores de 5 años de edad encontrándose en 104 pacientes el registro con expediente clínico. Considerando que el H. G. Z. N. 29 es un hospital de concentración la distribución de estos pacientes que cumplieron los criterios de inclusión para su estudio fue la siguiente: De la U. M. F. No. 23 se reportaron 24 pacientes ; de la U. M. F. N. 29 42 pacientes y de la U. M. F. N.94 38 pacientes, siendo necesario en esta última unidad no incluir a 6 pacientes debido a que eran portadores de: Broncodisplasia Pulmonar, Hipertrofia congénita de píloro, Parálisis cerebral infantil, Sx de Lennox Gastaut y el último aunque se protocolizó, se presentó Reflujo gastroesofágico .

Al momento de analizar los eventos respiratorios en la U. M. F. N. 94 se obtuvo como muestras final: 48 pacientes los cuales correspondieron a nuestro grupo control 16 (sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico) y a nuestro grupo experimental 32 (con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico).

La distribución por sexo en el grupo control fue con 7 (43.7%) femeninos y 9(56.3%) masculinos; mientras que en el grupo experimental fueron 13 pacientes del sexo femenino (40.6%) y del sexo masculino 19 pacientes (59.37%).

En cuanto a la distribución por edades en el Grupo control se observó predominancia entre edades de 2 a 3 años con un total de 6 pacientes (37.5%),correspondiendo para el grupo experimental edades de 1 a 2 años(47%).

Haciendo referencia a los eventos respiratorios reportados en el grupo control se detectan 27 pacientes con una enfermedad respiratoria agregada (84.3%), y solo en 5 pacientes no se registró evento alguno de tipo respiratorio(15.7%).

La determinación porcentual de acuerdo al tipo de eventos respiratorios reportados en el grupo control y en el grupo experimental fue el siguiente: en 6(37.5%) pacientes se observa Hiperreactividad Bronquial, en 4 pacientes(25%) se documentó Sinusitis Maxilar, Bronquiolitis en 2 pacientes(12.5%), en otros 2 pacientes Asma Bronquial(12.5%), en un paciente(6.25%) Neumonía, y en otro paciente mas(6.25%) se documentó Rinitis Alérgica, mientras que en el grupo experimental se establece como primer padecimiento a la Sinusitis maxilar con un total de 7 pacientes(21.9%), asma bronquial en 10 pacientes (31.2%), rinitis alérgica en 2 pacientes (6.3%), la hiperreactividad bronquial en 2 pacientes (6.3%), la bronquiolitis en un paciente (3.1%), rinofaringitis en 4 pacientes (12.5%), bronconeumonía en un paciente(3.1%), y por último en 5 pacientes no hay evento respiratorio alguno (15.6%) con un total de 32 pacientes (100%) .

La frecuencia de eventos respiratorios encontrados por año para el grupo control fueron: solo en 2 pacientes hubo 1 evento respiratorio; de 2 a 3 eventos respiratorios anuales se presentaron en 4 pacientes ,de 4 a 5 eventos respiratorios anuales fueron 6 pacientes, de 6 a 7 eventos respiratorios fueron 4

pacientes; sin embargo para el grupo experimental fue : un solo evento en 7 pacientes (21.9%), de 2 a 3 eventos en 10 pacientes(31.3%), de 4 a 5 eventos en 9 pacientes(28.1%), de 6 a 7 en un paciente(3.1%),en 5 pacientes no se presentaron eventos respiratorios (15.6%), con un total de 32 pacientes (100%).

De acuerdo a la categorización del grado de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico que presentó el grupo experimental tenemos : De primer grado fueron 10 pacientes (31.3%), de segundo grado de reflujo fueron 17 pacientes (53.1%), mientras que de tercer grado fueron 5 pacientes (15.6%) con un total de 32 pacientes (100%).

Por otro lado el grado de ERGE y la frecuencia de eventos respiratorios predominantes fue el siguiente: En pacientes con Reflujo Grado I Sinusitis Maxilar con 4 pacientes(12.5%), en el Reflujo Grado II fue el Asma Bronquial con 9(40.9%) pacientes ; mientras que en el tercer grado de Reflujo no existió una patología predominante pues tanto la sinusitis maxilar, asma bronquial, rinitis alérgica, rinofaringitis y Bronconeumonía se obtienen en 1 paciente(3.1%) de cada patología.

Con la aplicación de la Chi cuadrada para la determinación de diferencia entre grupos y variables : se obtuvo un valor de chi calculada de 3.44 ; con un valor de tablas de 3.84 con una p de 0.05 y 1 GL.

La prueba de hipótesis que se aplicó para determinar la asociación entre estas variables fue la de Riesgo Relativo , tipo de Razón de Momios en la cual se obtuvo un valor de 0.27.

CUADROS Y FIGURAS.

CUADRO 1 .GRUPO EXPERIMENTAL

Distribución por edad en pacientes de la UMF. No. 94 Zona Aragón.2001

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 1 año	3	9.3
De 1 a 2 años	15	47
De 2 a 3 años	5	15.6
De 3 a 4 años	4	12.5
De 4 a 5 años	5	15.6
Total	32	100 %

Fuente: Registro de expedientes del HGZ. No. 29 y UMF. No. 94 del IMSS, Delegación II Noreste, D F.

CUADRO 1 . GRUPO CONTROL

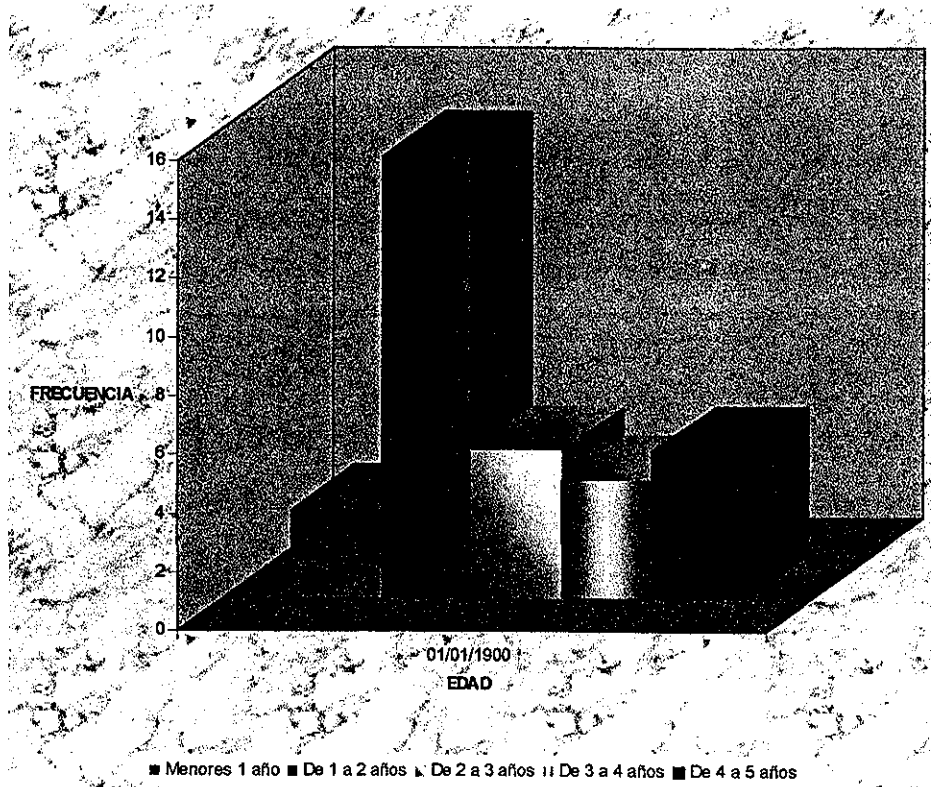
Distribución por edad en pacientes de la UMF. No 94 Zona Aragón .2001

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 1 año	2	12.5
De 1 a 2 años	3	18.75
De 2 a 3 años	6	37.5
De 3 a 4 años	4	25
De 4 a 5 años	1	6.25
Total	16	100

Fuente: Registro de expedientes del HGZ No. 29 y UMF. No. 94 del IMSS, Delegación II Noroeste, DF.

FIGURA 1. GRUPO EXPERIMENTAL

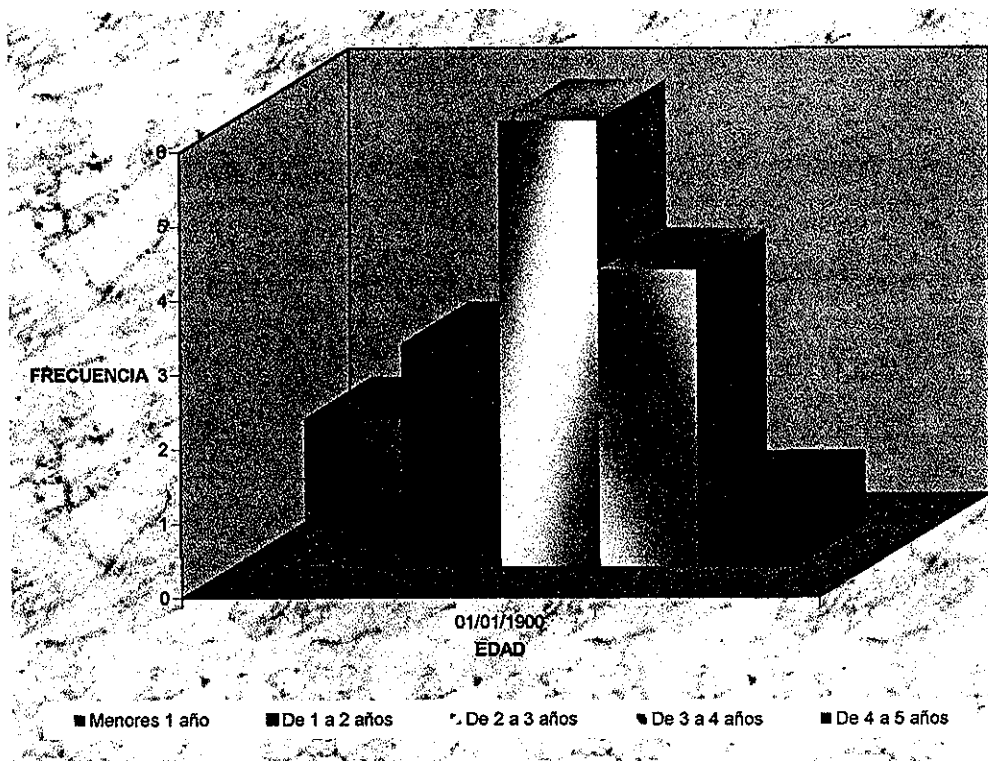
Distribución por edad en pacientes adscritos a la UMF. 94, 2000-2001



Fuente : Registro de pacientes menores de 5 años en expedientes del HGZ. No. 29 y UMF. No. 94 del IMSS, Delegación II Noreste D. F. 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 1. GRUPO CONTROL
Distribución por edad en pacientes adscritos a la UMF 94, 2000-2001



FUENTE: Registro de pacientes menores de 5 años en expedientes del HGZ No. 94. y UMF. 94 del IMSS, Delegación II Noroeste DF. 2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO 2 . GRUPO EXPERIMENTAL

Distribución por sexo de pacientes del HGZ. 29 y UMF No. 94 Zona Aragón .
2001

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	13	40.6
Masculino	19	56.2
Total	32	100%

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ No 29 y UMF No 94 del IMSS,
Delegación II Noroeste DF:

CUADRO 2 .GRUPO CONTROL

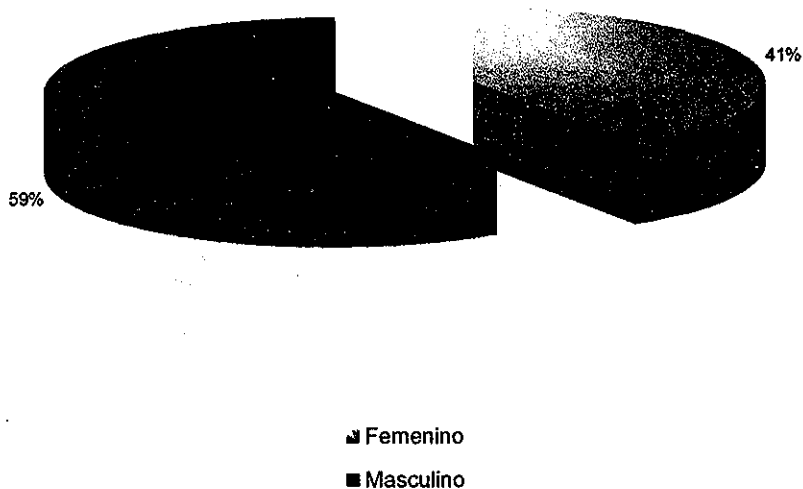
Distribución por sexo de pacientes del HGZ. 29 y UMF No. 94 Zona Aragón .
2001

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Femenino	7	43.7
Masculino	9	56.3
Total	16	100

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ No 29 y UMF No 94 del IMSS,
Delegación II Noroeste DF.

FIGURA 2. GRUPO EXPERIMENTAL

Distribución por sexo en pacientes adscritos a la UMF No. 94, 2000 – 2001.

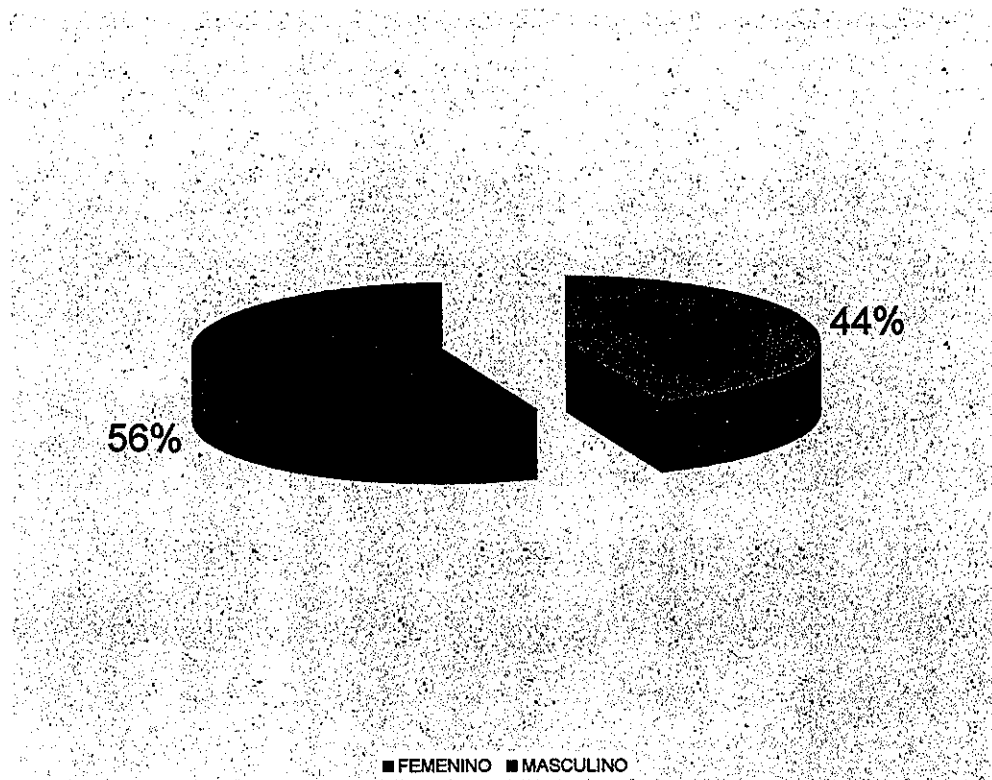


FUENTE: Registro de pacientes menores de 5 años en expedientes del HGZ.29. y UMF No. 94. del IMSS, Delegación II Noroeste. DF.2001.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA 2. GRUPO CONTROL

Distribución por sexo en pacientes adscritos a la UMF No 94, 2000-2001.



FUENTE : Registro de pacientes menores de 5 años en expedientes del HGZ No 29 y UMF No 94 del IMSS, Delegación II Noroeste DF. 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 3. GRUPO EXPERIMENTAL

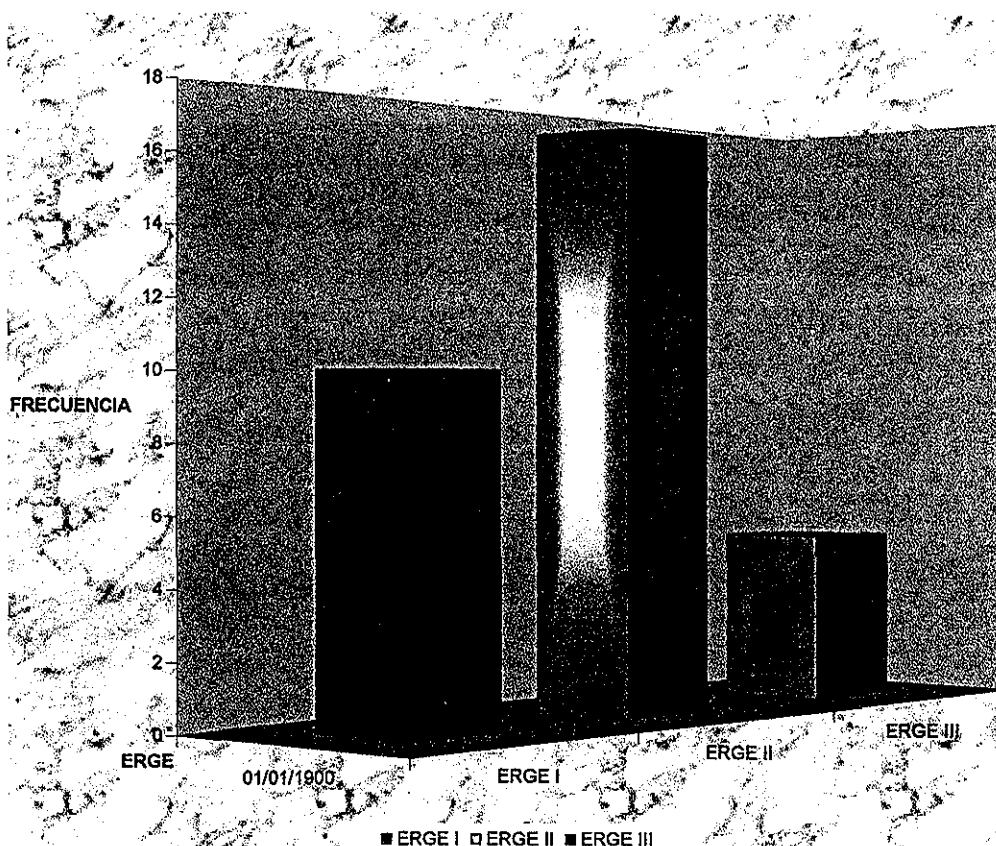
Distribución por Grado de Reflujo Gastroesofágico en pacientes del HGZ No 29 y UMF N. 94 Zona Aragón . 2001

GRADO DE ERGE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primer Grado	10	31.3
Segundo Grado	17	53.1
Tercer Grado	5	15.6
Total	32	100 %

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ No 29 y UMF No 94 del IMSS, Delegación Il Noroeste DF.

FIGURA 3. GRUPO EXPERIMENTAL

Distribución por Grado de Reflujo Gastroesofágico en pacientes adscritos a la UMF No 94, 2000-2001.



FUENTE: Registro de pacientes menores de 5 años de edad, en expedientes del HGZ no 29 y UMF No 94 del IMSS, Delegación II Noroeste DF. 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 4. GRUPO EXPERIMENTAL

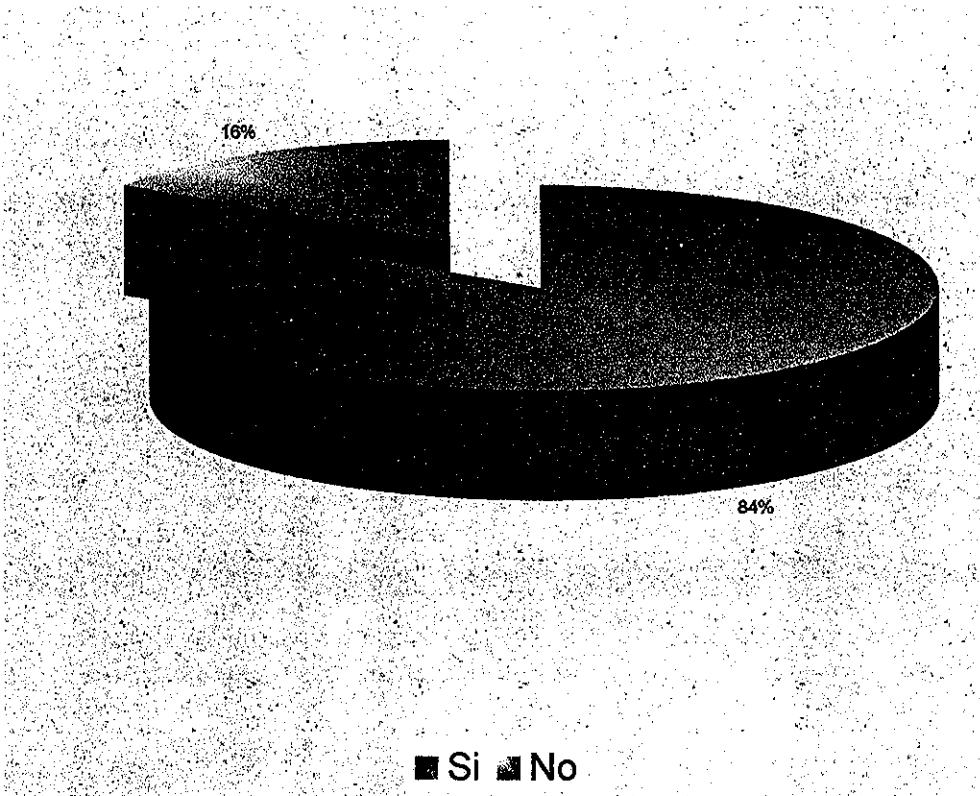
Distribución por número de eventos respiratorios en pacientes del HGZ N. 29 y UMF N, 94 , Zona Aragón 2001.

EVENTO RESPIRATORIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	27	84.3
No	5	15.7
Total	32	100%

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ N. 29 y UMF N. 94 del IMSS, Delegación II Noroeste DF.

FIGURA 4. GRUPO EXPERIMENTAL

Distribución por número de eventos respiratorios anuales en pacientes adscritos a la UMF N. 94, 2000-2001.



FUENTE: Registro de pacientes menores de 5 años de edad, en expedientes del HGZ no 29 y UMF no 94 del IMSS, Delegación Il Noroeste DF. 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 5 GRUPO EXPERIMENTAL.

Distribución por repetición de eventos respiratorios del HGZ N 29 y UMF N. 94
Zona Aragón 2001.

NUMERO DE EVENTOS RESPIRATORIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uno	7	21.9
De dos a tres	10	31.3
De cuatro a cinco	9	28.1
De seis a siete	1	3.1
Ninguno	5	15.6
Total	32	100%

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ N. 29 y UMF N. 94 del IMSS,
delegación II Noroeste DF.

CUADRO 4. GRUPO CONTROL

Distribución por repetición de eventos respiratorios de pacientes del HGZ N.29 y
UMF N. 94 Zona Aragón 2001.

NUMERO DE EVENTOS RESPIRATORIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Uno	2	12.5
De dos a tres	4	25
De cuatro a cinco	6	37.5
De seis a siete	4	25
Ninguno	0	0
Total	16	100

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ N. 29 y UMF N 94 del IMSS,
Delegación II Noroeste DF.

CUADRO 7. GRUPO EXPERIMENTAL

Distribución por repetición de eventos respiratorios en relación al grado de reflujo Gastroesofágico de pacientes del HGZ N. 29 y UMF N. 94, Zona Aragón 2001.

EVENTO RESPIRATORIO	ERGE GI	ERGE GII	ERGE G III	TOTAL
Sinusitis Maxilar	4	2	1	7
Asma Bronquial	0	9	1	10
Rinitis Alérgica	0	1	1	2
Hiperreactor B.	1	1	0	2
Bronquiolitis	0	1	0	1
Rinofaringitis	0	3	1	4
Neumonía	0	0	1	1
Ninguno	5	0	0	5
Total	10	17	5	32

FUENTE: Registro de expedientes del HGZ N. 29 y UMF N. 94 del IMSS, Delegación II Noroeste DF.

CUADRO TETRACORICO PARA PRUEBA DE HIPOTESIS

	CON EVR	SIN ERGE	TOTAL
SI ERGE	10	22	32
NO ERGE	10	6	16
TOTAL	20	28	48

X^2 CALCULADA = 3.44

X^2 TABLAS = 3.84

RIESGO RELATIVO CALCULADO = 0.27

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Dentro de los aspectos más sobresalientes evidentemente se observa que la edad de presentación fue predominantemente entre el primer y segundo año datos concordantes con lo que se reporta en el Boletín Infantil de México(12)en donde menciona que más del 60% de los casos registrados de ERGE se encuentran descritos en pacientes menores de 4 años de edad. En los 27 pacientes que se corroboró la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en sus diferentes grados, se utilizó como método diagnóstico la SEG, observándose que predominó el segundo grado de reflujo encontrándose en 17 de estos pacientes eventos respiratorios asociados con una repetición en promedio de dos a tres eventos por año(31.2%) de nuestra población con eventos respiratorios presentes; por otro lado el Asma Bronquial sigue siendo un padecimiento que se encuentra frecuentemente asociado con Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, en algunas estadísticas por citar una de ellas el Dr. Flores (4)menciona a el Asma bronquial con una frecuencia de 5 al 10% de la población en general sin embargo no se obtiene la frecuencia en asociación con ERGE; en nuestro estudio, eventos como la Sinusitis maxilar que también formó parte de la alta frecuencia en un 21.9% maxilar específicamente ya que son los senos desarrollados en la edad de la población estudiada ;encontrándose en segundo lugar el Asma Bronquial que nos da el 31.2% de frecuencia en nuestra población general estudiada. Por otro lado de los pacientes con ERGE(10 pacientes) y sin ERGE (10 pacientes) se observó que en ambos grupos existe eventos respiratorios repetitivos no concordante con lo que menciona Gordon (6)en la literatura pues dice que aproximadamente del 33 al 99% de los pacientes que tienen Asma Bronquial van a padecer de cierto grado de reflujo Gastroesofágico, mientras que en nuestra muestra el 21% de ambos grupos (con y sin ERGE) presentaron eventos respiratorios repetitivos no estableciéndose diferencias significativas en cuanto a la presentación de ERGE con una entidad respiratoria específica. Sin embargo la prueba de hipótesis nos permitió ubicar una diferencia significativa entre la comparación de las dos variables de criterio incluidas en el estudio; ya que con el resultado rechazamos la hipótesis nula con lo que podemos interpretar que La Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en cualquiera de los grados detectados si puede potencialmente ser asociado como factor coadyuvante en la presentación de eventos respiratorios repetitivos .Existiendo como medida de asociación un Riesgo Relativo de 0.27 veces de que exista asociación en la presentación de eventos respiratorios repetitivos y Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico.

Por otro con estos resultados no es posible establecer una verdadera relación causal debido a que ambas entidades están sometidos a una multiplicidad de factores de riesgo ya mencionados como son : los cambios bruscos de temperatura, la asistencia de estos niños a guarderías, la edad de la madre que tiene que ver con la calidad de cuidados que le da al preescolar, las condiciones de la vivienda en la cual habite el paciente como son el hacinamiento,

promiscuidad, zona habitacional, la ventilación, las corrientes de aire, etc.; así como el estado nutricional del mismo, afecciones respiratorias en ese momento en algún miembro de la familia, existencia de fumadores en la propia casa, cuadros previos de afección respiratoria mal tratados; etc.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos es interesante corroborar que con base a la literatura revisada existen puntos de coincidencia en cuanto al comportamiento de las enfermedades respiratorias reportadas con asociación al Reflujo Gastroesofágico.

Conforme a los objetivos planteados para esta investigación fue posible alcanzarlos y determinar la frecuencia de asociación entre Eventos Respiratorios repetitivos y la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, además de determinar la frecuencia de aparición por el grado de reflujo; así como poder determinar con esta muestra que si hay diferencia estadísticamente significativa entre las variables de criterio, aunque con ello de ninguna manera se puede establecer una verdadera asociación causal entre ambas variables y esto debido por: un al diseño metodológico del estudio propuesto, y por otro lado como ya se mencionó a la multiplicidad de factores que pueden intervenir para la aparición de ambas entidades, siendo uno de los aspectos más importantes que en este trabajo a pesar de establecerse los criterios de selección no se controló el sesgo de las variables confusoras.

Aun así este trabajo tiene importancia relevante ya que establece un precedente en la Unidad de Medicina Familiar, pues no existe reporte de algún otro estudio de este tipo. Sin embargo nos pudimos dar cuenta que existen padecimientos que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes portadores de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico; el número de eventos respiratorios que se presentan con mayor frecuencia al año y que de alguna manera nos están condicionando una alta morbimortalidad en el niño. Por lo que de manera preventiva se pueden ir eliminando estos factores una vez conocida específicamente la incidencia y los factores de riesgo con mayor peso en el desarrollo de estos procesos morbosos en el niño menor de 5 años de edad.

Por otro lado el tener datos del comportamiento de la morbilidad, protocolización y seguimiento de los pacientes enviados de esta unidad orienta al Médico Familiar para llevar a cabo estrategias para el Tratamiento del menor con y sin Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico pero con Eventos Respiratorios repetitivos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

LINEAS DE ESTUDIO PROPUESTAS

- **INVESTIGAR LA FRECUENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LA U. M. F. N. 94 APARTIR DEL MÉTODO DIAGNOSTICO CON MAYOR SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD .**
- **UNA VEZ DETERMINADA LA FRECUENCIA POR ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO DEBEMOS SOMETER COMO VARIABLES DE CONFUSIÓN EL MAYOR NÚMERO POSIBLE SI NO ES QUE LA TOTALIDAD DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE ESTAN CONDICIONANDO TAMBIEN LA PRESENCIA DE EVENTOS RESPIRATORIOS ASOCIADOS PARA QUE DE ESTA MANERA SE PUEDA DETERMINAR LO MAS TRANSPARENTEMENTE POSIBLE LA ASOCIACIÓN DE ERGE QUE POR SI SOLA ESTE CONDICIONANDO EVENTOS RESPIRATORIOS RECURRENTES.**
- **REALIZAR UN ESTUDIO DE TIPO CASOS Y CONTROLES EN LA ZONA ARAGON DE TAL SUERTE QUE ESTO PUEDA TENER MAYOR REPRESENTATIVIDAD DEL COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE AMBAS ENTIDADES.**

Cronograma de Actividades 2001-2002

ACTIVIDAD	Octubre / noviembre	Diciembre / enero	Febrero / marzo	Abril / Mayo	Junio / Julio	Agosto /Septiembre	Octubre / noviembre	Diciembre
Recolección de la información	XXX							
Elaboración de protocolo		XXX	XXX					
Presentación y aprobación por el Comité Local de Inv.			XXX	xxx				
Recolección de los datos				xxx	xxx	xxx		
Tratamiento estadístico y análisis de resultados						xxx		
Elaboración de informe final de tesis							XXX	
Presentación Final al Comité Local Investigación								xxx
Presentación en Sesión General								Xxx
Envío a Revista para publicación.								***

XX= Realizado

** = Pendiente

BIBLIOGRAFIA

1. Anzures LB. Reflujo Gastroesofágico en el niño. Revista médica del Hospital General.2000;63:1:53-9.
2. Carmona SR. Gaceta Médica de México. Vol 135.N 5 1999.471-475.
3. CraigAE.EnfermedadesporReflujoGastroesofágico:Gastroenterología.Clínicas Pediátricas de Norteamérica.1999;27-39
4. Flores HS. Gaceta Médica de México. Vol 135.N 2.1999. Pag 121-129
5. Martínez DRC .Reflujo Gastroesofágico. Boletín Médico del Hospital Infantil de México.1999;56.12:65-89
6. Gordon RB. Asma. Clínicas Pediátricas de Norteamérica.1996.131:4
7. Hay W. Reflujo Gastroesofágico. Diagnóstico y Tratamiento Pediátrico.2000:546-48.
8. Hernández SR. Metodología de la Investigación.2000.501.
9. Isselbacher KJ. Reflujo Gastroesofágico. Principios de Medicina interna.II:1551-63
10. Kempe DW. Reflujo Gastroesofágico. Manual de Pediatría.1998.532-36.
- 11.Orenstein RS. Spectrum of supraesophageal complications gastroesophagealrefluxdisease.TheJournalofMedicine1997;103.24.77-83S.
- 12.Reza SMD. Cough and gastroesophageal reflux. The Journal of Medicine 1997 103.24.91-6.

13. Sabiston C MD: Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. principios de Cirugía.1992.380-83.
14. Sontag SJ. Medical Therapy for supraesophageal complications of gastroesophageal reflux. The American Journal of Medicine.1997:103(5A.86-90.
15. Tirosh E MD. Role of refluxed acid in pathogenesis of laryngeal disorders.
16. The journal of pediatrics. 2000. 24:103 (5A) 100-8
17. Toohill RJ. Infantile reflux. The American Journal of Medicine.1998:24.103-118
18. Flores HS. Gaceta Médica de México. Vol 135,N 2,1999. Pag 121-129.
19. Sierra RS. Actualización de reflujo Gastroesofágico en el niño. Actualizaciones en Pediatría. Vol 127.N 3.2000. Paginas 1- 11.