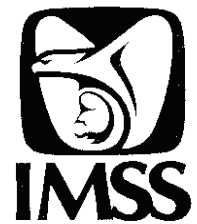




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
U M F No. 9
ACAPULCO GRO.



**REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON
MANIFESTACIONES ATÍPICAS CAUSA FRECUENTE DE
DIAGNOSTICOS EQUIVOCOS POR EL MÉDICO EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ROSA ELBIA GARIBO POLANCO

ACAPULCO, GRO.

FEBRERO, 2007



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.


**REFLUJO GASTROESOFÁGICO CON
MANIFESTACIONES ATÍPICAS CAUSA FRECUENTE DE
DIAGNOSTICOS EQUIVOCOS POR EL MÉDICO EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN**

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:


ROSA ELBIA GARIBO POLANCO

AUTORIZACIONES:


DR. VÍCTOR JESÚS GUERRERO MONTENEGRO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9 ACAPULCO GRO.


DR. MARCO ANTONIO VALLADARES LEPINE
ASESOR METODOLÓGIA DE TESIS


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS


DRA. VICTORIA CUEVA ARANA
COORDINADORA DELEGACIONAL DE
EDUCACION EN SALUD

**REFLUJO GASTROESOFAGICO CON
MANIFESTACIONES ATÍPICAS CAUSA FRECUENTE DE
DIAGNOSTICOS EQUIVOCOS POR EL MÉDICO EN EL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN**

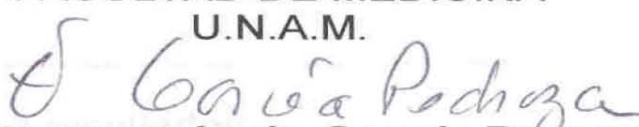
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

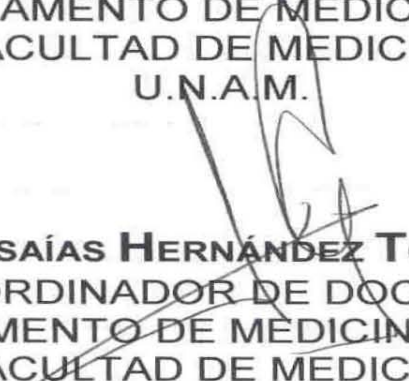
PRESENTA:

ROSA ELBIA GARIBO POLANCO

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

*Cualquiera que hayan sido nuestros logros,
alguien nos ayudó siempre a alcanzarlos
Althea Gibson*

A mi asesor de tesis en la metodología Dr. Marco Antonio Valladares Lepine por su apoyo en la ejecución del presente trabajo.

A mi asesora de tesis y profesora Dra. Victoria Cueva Arana, por su incondicional interés y amor a la enseñanza, guía en la realización del presente trabajo.

Al Dr. Mario Robles Aguirre por su enseñanza, profesionalismo y gran amigo quien ha dejado huella por generaciones

Al profesor y amigo Dr. Víctor Jesús Guerrero Montenegro ejemplo de tenacidad y lucha.

A todos y cada uno de los profesores que con afecto y desinterés ayudaron a mi formación profesional.

A la Dra. Maria Eugenia García Campos, con su apoyo y comprensión en el área laboral fue parte importante del proceso y logro de este trabajo.

A los pacientes que son la base del quehacer diario y que sin ellos no hubiese sido posible la culminación de este trabajo y mi profesionalización.

DEDICATORIA

*A Dios por permitirme vencer
todas las adversidades y lograr
llegar a la meta propuesta.*

A mis hijos: Grecia Yaretsy y Kevin Benjamín motivo y razón de mi lucha por sobresalir; y poder darles todo lo necesario para que cumplan con todas las metas que se propongan, y me brinden la dicha y orgullo de verlos convertirse en grandes profesionistas y triunfadores en todos los aspectos de su vida personal.

Hijos: los quiero muchísimo.

Al Dr. Pedro Benjamín Jiménez Benítez, mi compañero de toda la vida, con quien festejo mis triunfos y logros, siempre juntos, motivándome a superarme y aplicarme al 100% en mi profesión.

Es siempre un aliciente para seguir adelante.

A mi madre por su amor y apoyo incondicional, su ejemplo de lucha sola en la vida y darle una profesión a todos sus hijos, es digna de reconocimiento y admiración.

Gracias madre por ese tesón.

A mis hermanos y sus familias: gracias, por poder contar con ustedes en todo momento por el fuerte vínculo fraternal que siempre nos ha unido y caracterizado.

Hermanos es un privilegio que muchos desean.

Índice

Contenido	nº de pág.
1. Marco teórico	1
2. Planteamiento del problema.....	9
3. Justificación	11
4. Objetivos	12
4.1 Objetivos generales	12
4.2 Objetivos específicos	12
5. Material y métodos	13
5.1 Tipo de estudio.....	13
5.2 Población, lugar y tiempo de estudio	13
5.3 Tamaño mínimo de muestra y tiempo de muestreo.....	14
5.4 Criterios de selección	14
5.5 Operacionalización de las variables.....	15
5.6 Método de recolección de datos.....	26
5.7 Consideraciones éticas	28
5.8 Análisis estadístico.....	29
6 Resultados	30
6.1 Descripción de los resultados	30
6.2 Tablas	33
7. Discusión.....	42
8. Conclusiones	46
9. Recomendaciones	47
10. Referencias	49
11. Anexos	55

Resumen

Título: Reflujo gastroesofágico con manifestaciones atípicas causa frecuente de diagnósticos equívocos por el médico en el primer nivel de atención.

Objetivo: Identificar los diagnósticos equívocos más frecuentes en la ERGE con manifestaciones atípicas en la población usuaria de la UMF No. 26 de Acapulco, Gro.

Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Material y método: Realizado en la Unidad de Medicina Familiar no. 26, de Acapulco Gro., en el período del 1 de noviembre del 2005 al 30 de abril del 2006. La población fueron los pacientes de 20 a 69 años con diagnóstico de disfonía, disfagia, faringitis crónica, laringitis crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía, sinusitis crónica y dolor torácico. Se tomó a todos los pacientes que fueron referidos con los diagnósticos mencionados durante el período de estudio. Se obtuvieron frecuencias simples y proporciones. Con el fin de valorar la asociación de las manifestaciones atípicas y otras variables con la ERGE se calculó Chi cuadrada de Maentel-Haenzel (χ^2) o prueba exacta de Fisher, calculando posteriormente en aquellas que resultaron con significancia estadística, razones de momios de la prevalencia (RMP) con intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}) con valor de p en el límite convencional del 95%. Este análisis se realizó con ayuda de los programas SPSS v.12.0 para Windows y EPIDAT v.3.1.

Resultados: Se estudiaron un total de 120 pacientes. De acuerdo al cuestionario de Johnson el 47.5% presentó ERGE, mientras que por el de Carlsson solamente el 40.8%. Uniendo estos dos cuestionarios solamente el 33.3% presentó ERGE. Las manifestaciones atípicas que se presentaron fueron: precordialgia (22.7%), odinofagia (17.5%) y disfonía (16.0%). La mayoría de los pacientes (53.3%) presentaron un solo síntoma atípico. La mitad de los pacientes con dolor torácico presentaron ERGE, además de este diagnóstico equívoco se observó que el 44% de los pacientes con faringitis crónica y el 41.7% de aquellos con diagnóstico de disfagia presentaron la enfermedad. Aquellos pacientes con 2 síntomas atípicos y los que tienen 3 o más, tienen más de 4 y 3 veces más probabilidad de presentar la enfermedad en comparación de aquellos con un solo síntoma (RMP = 4.815, IC_{95%} = 1.969 – 11.773; RMP = 3.467, IC_{95%} = 1.129 – 10.643).

Conclusiones: La faringitis y Laringitis crónica seguidos de dolor torácico son padecimientos en los que se debe buscar intencionadamente síntomas de ERGE ya que son, en los que con más frecuencia se presentaron equivocaciones diagnósticas. La presencia de dos o más síntomas atípicos, debe llevar al médico de primer nivel a la sospecha de ERGE.

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico, disfonía, disfagia, faringitis crónica, laringitis crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía, sinusitis crónica y dolor torácico.

Summary

Title: Gastroesophageal reflux with atypical manifestations causes frequent of equivocal diagnoses by the medico in the first level of attention.

Objective: To Identify the most frequent equivocal diagnoses in the GERD with atypical manifestations in the population user of the UMF Not. 26, of Acapulco, Gro.

Design: Descriptive, transversal and study observational,

Material and method: Carried out in the Family Unit of Medicine not. 26 of Acapulco Gro., in the period of November 1 the 2005 to April 30 the 2006. The population went the patients from 20 to 69 years with diagnosis of dysphonia, dysphagia, chronic pharyngitis, chronic laryngitis, bronchitis, asthma bronchial, pneumonia, chronic sinusitis and thoracic pain. Was taken to all the patients that were referred with the diagnoses mentioned during the period of study. Simple frequencies they were obtained and proportions. In order to valuing the association of the atypical manifestations and other variables with the ERGE was calculated Chi square of Maentel-Haenzel (x 2) or exact test of Fisher, calculating subsequently in those that they resulted with statistically significant, reasons of momios of the prevalence (RMP) with interval of confidence to the 95% (IC95%) with value of p in the conventional limit of the 95%. This analysis was carried out with help of the programs SPSS v.12.0 for Windows and EPIDAT v.3.1.

Results: Were studied a total of 120 patients. According to the questionnaire of Johnsson the 47.5% presented GERD, while by that of Carlsson only the 40.8%. Uniting these two questionnaires only the 33.3% presented GERD. The symptoms atypical that they were presented: pain chest (22.7%), odynophagia (17.5%) and dysphonia (16.0%). The majority of the patients (53.3%) they presented a single atypical symptom. The half of the patients in pain thoracic presented GERD, besides this equivocal diagnosis was observed that the 44% of the patients with chronic pharyngitis and the 41.7% of those with diagnosis of dysphagia presented GERD. Those patients with 2 symptoms atypical and the ones that have 3 or more, have more than 4 and 3 times more probability to present the GERD in comparison of those with a single symptom (RMP = 4.815, IC95% = 1.969 - 11.773; RMP = 3.467, IC95% = 1.129 - 10.643).

Conclusions: The chronic pharyngitis and chronic laryngitis followed of pain thoracic are diseases in which must research intentionally symptoms of GERD, because are, in which with more frequency diagnostic mistaken were presented. The presence of two or more symptoms atypical, must to take to the doctor of first level to the suspicion of GERD.

Key words: Gastroesophageal reflux, dysphonia, dysphagia, chronic pharyngitis, chronic laryngitis, bronchitis, asthma bronchial, pneumonia, chronic sinusitis and pain thoracic.

Abbreviations: GERD = Gastroesophageal reflux disease, RPM= Razones de momios de la prevalencia, ICD = International classification of diseases

1. Marco Teórico

No ha sido fácil encontrar una definición universalmente aceptada de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Se admite que el reflujo gastroesofágico es el ascenso de material gástrico a través del esfínter esofágico inferior al resto del esófago y estructuras supraesofágicas y que la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es, las manifestaciones clínicas y las alteraciones físicas inducidas por la presencia del material refluído.^{1,3} El reflujo del contenido gástrico al esófago se presenta en todos los individuos, pero gracias, a la resistencia de la mucosa del esófago, al efecto neutralizante de la saliva y a los mecanismos de depuración esofágica los síntomas atribuibles a éste se observan relativamente en pocas personas.^{1,3} A pesar de ello, la ERGE es uno de los padecimientos más frecuentes, de la consulta médica.¹ Algunos estudios reportan una prevalencia del 10 al 40% en la población occidental y en la población Española. En México no existen estadísticas que señalen la prevalencia de la ERGE.^{1,2}

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es el conjunto de manifestaciones clínicas y físicas consecuencia del contra flujo patológico del contenido gástrico y duodenal arriba de la unión esófago gástrica.^{2,31} Se ha mencionado la gama sintomática de expresión del reflujo, pero la persona que consulta es sin duda, un enfermo. ¹Los síntomas típicos son la pirosis y la regurgitación ácida presente en 75% de los enfermos con una especificidad del 89 y 95%, respectivamente.^{1,2,3}

Se ha identificado una interpretación equivocada por parte del paciente de los términos “pirosis” y “regurgitación”.⁴

En las últimas décadas, un gran número de manifestaciones gastroesofágicas, también conocidas como manifestaciones atípicas se atribuyen al reflujo gastroesofágico. Aunque la relación causa-efecto entre el reflujo gastroesofágico y la mayoría de las manifestaciones atípicas no está establecido claramente, los informes clínicos muestran asociación entre las manifestaciones atípicas y ERGE.^{1,4-6,8}

En agosto de 1997, Suazo y colaboradores demostraron en la población mexicana mayor prevalencia de manifestaciones atípicas en pacientes con ERGE. De acuerdo con los resultados, hasta el 66% de los pacientes con esofagitis desarrollaron algunas manifestaciones atípicas.⁴ Locke y cols., informan una prevalencia de síntomas atípicos del 75% en enfermos con síntomas típicos de ERGE, en comparación a 49% entre aquellos sin síntoma de ERGE.⁴

Serag y Sonnenberg recientemente encontraron que el riesgo de desarrollar manifestaciones atípicas en militares veteranos norteamericanos con esofagitis erosiva es de 1.2 a 2 veces mayor que el de controles. En la población mexicana, dicho riesgo fue de 2.7 o sea 1.7 veces mayor al de controles.⁴

Existe una creciente evidencia de que la enfermedad por reflujo gastroesofágico produce la aparición de problemas en el territorio orofaríngeo y

a nivel pulmonar. Estudios recientes de monitorización del pH han estimado que 10% - 20% de los tosedores persistentes presentan una pHmetría alterada, así como más del 80% de los pacientes con dificultades en el manejo de la ronquera, del 15% -50% de los pacientes con sensación de globo faringeo y en un grupo pequeño de pacientes con cáncer de laringe y pHmetría alterada presentan ERGE como factor etiológico.^{4,6,8,26}

Las principales manifestaciones extraesofágicas de la ERGE en estos territorios son el asma, la tos crónica, la laringitis posterior y las lesiones en la cavidad oral.^{6,8,19} Otros síntomas son el eructo y el hipo, el dolor retroesternal no cardíaco entidad muy interesante porque simula enfermedad coronaria y es causa de una gran cantidad de arteriografías coronarias innecesarias y aunque han sido involucradas diferentes alteraciones de motilidad esofágica e hiperalgesia visceral, la causa más frecuente es la ERGE. Es un reto clínico, porque al principio es indistinguible de la enfermedad coronaria y obliga, ante todo a descartar, esta patología.^{6,7,10}

Las manifestaciones extraesofágicas descritas en la ERGE son ardor en región oral, malestar de garganta, disfonía, globus, regurgitación, vómito, aspiración, absceso pulmonar, fibrosis pulmonar, tos crónica, carraspeo, dolor cervical lateral, laringoespasma, otalgia, halitosis, malestar faríngeo, sensación de ahogo, pérdida de voz, tortícolis, pérdida de la estructura dental o gingival, laringitis posterior, enfermedad respiratoria recurrente, episodios de apnea, otitis media, estenosis subglótica, dolor torácico no cardíaco.^{4,19,28,29}

Tos crónica. Las principales causas de la tos crónica persistente son el goteo nasal posterior, el asma bronquial y la ERGE, habiéndose estimado la participación de este último en un 86% de los pacientes.^{30,31} El mecanismo fisiopatológico de la tos persistente se ha establecido en la activación del reflejo vagal tusígeno bronquioloesofágico, ya que se ha observado una relación con ERGE distal, no así con el proximal.^{6,8,31}

Laringitis. Se ha estimado que al menos dos terceras partes de los pacientes otorrinolaringológicos con trastornos laríngeos o de voz presentan ERGE. Los síntomas comunes de la afectación laríngea por ERGE son la presencia de ronquera crónica intermitente, disfonía y aclaración persistente con excesiva producción de moco en la garganta. El diagnóstico de la afectación laríngea se establece a través del examen de laringoscopia indirecta, que muestra un amplio espectro de entidades patológicas.^{6,8,18,19}

Asma bronquial. La presencia de ERGE en los pacientes asmáticos es notable en las series publicadas, aunque en la mayoría existe una prevalencia superior a la esperada (15 -89%). Se han postulado dos posibles mecanismos por los cuales la ERGE puede producir asma: broncoconstricción inducida por un arco vagal reflejo y microaspiración del material refluido produciéndose en ambos casos broncoconstricción a nivel pulmonar.^{6,8,12,23,24}

En realidad, el reflujo ocurre cotidianamente como hecho fisiológico, sin embargo, en algunas personas se manifiesta como un síntoma esporádico, difícil de calificar como enfermedad, en cambio en otras la magnitud de los síntomas afecta la calidad de vida y merece sin duda el término de

enfermedad. La calidad de vida se afecta porque en muchos pacientes la pirosis interfiere con el sueño y tiene dificultad para desempeñarse al día siguiente, inasistencia al trabajo o a la escuela y un grupo tiene dificultad de relación social.⁴ Un estudio mostró en pacientes con ERGE menos bienestar que los que tenían diabetes e hipertensión.¹

La obesidad produce una acumulación de grasa intraabdominal, aumentando así la presión intraabdominal, lo que favorece el reflujo de estrés.^{8,15}

Las complicaciones de la enfermedad pueden ser esofágicas como estenosis péptica y esófago de Barret, o extraesofágicas como: asma, laringitis, tos crónica y otras.^{4,5,11,28}

Como en toda entidad patológica es necesario una historia clínica completa y cuidadosa, se deberá realizar un análisis detallado para investigar tendencias familiares así como la participación de otras enfermedades como diabetes mellitus, úlcera péptica, enfermedad biliar, obesidad mórbida^{8,15} o neuropatías o bien el uso de medicamentos que tienen efecto similar. En el estudio del padecimiento actual es importante conocer el tiempo de evolución y síntomas principales típicos, aunque la exploración física es generalmente negativa en los casos sin complicaciones, así como en caso contrario puede haber datos de repercusión general en casos de estenosis.^{1,2,4,}

Los estudios auxiliares de diagnóstico pueden ser de utilidad para confirmar ERGE. La radiología es poco útil y la técnica diagnóstica de elección es la endoscopia, pues permite identificar la presencia y la magnitud de las lesiones

esofágicas producidas por el reflujo gastroesofágico, con un valor predictivo positivo del 95%. Existen más de 30 clasificaciones para evaluar y estratificar las lesiones endoscópicas la más conocida es la de Savary–Miller y últimamente se ha propuesto una clasificación creada y validada por un grupo internacional, denominada clasificación de los Ángeles.^{1,2,20}

La pHmetría esofágica es considerada el patrón de oro para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo. Permite cuantificar el reflujo gastroesofágico (diferenciando el reflujo gastroesofágico cuantitativamente fisiológico del reflujo gastroesofágico patológico), pero además puede aportar información adicional, especialmente cómo ocurre el reflujo y la relación que existe entre los síntomas y los episodios de reflujo.^{2,3,10}

La manometría esofágica permite valorar el tono del esfínter esofágico inferior y el deterioro de la función peristáltica esofágica, pero es especialmente útil para la correcta colocación de la pHmetría.^{1,2} La gammagrafía consiste en la medición del reflujo después de la ingestión de un líquido que contiene sulfuro coloidal o tecnecio 99, su sensibilidad varía de 14 a 90%.² El diagnóstico histopatológico puede ser difícil por el tamaño inadecuado de la biopsia.^{1,2}

En el diagnóstico diferencial de esofagitis se debe considerar: la acalasia, cáncer esofágico, estenosis del esófago, uso prolongado de AINES, trastornos del vaciamiento gástrico, otras enfermedades del tubo digestivo y esófago hipersensible.^{1,2,10,25} Muchos pacientes se automedican tomando antiácidos o bloqueadores H₂ de venta libre.

El tratamiento de primer contacto, se inicia con medidas higiénico-dietéticas, incluyendo la dieta, evitando alimentos estimulantes de la secreción¹⁰, en los obesos bajar de peso.⁸ El primer grupo de medicamentos a utilizarse son los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, lanzoprazol, pantoprazol),³² la evidencia es contundente, la inhibición del ácido es el factor más importante en el tratamiento de los enfermos con ERGE. Tanto en el control de síntomas, como en la cicatrización de las erosiones, los IBP han mostrado ventajas sobre los inhibidores de los receptores H₂ de histamina.^{1,2,3,12}

La tendencia de la enfermedad por reflujo es a reincidir, por lo que el médico deberá insistir en el tratamiento por períodos adecuados de los cuales se pueden establecer estrategias de tratamiento.¹²

Con los recientes avances en las técnicas laparoscópicas, la cirugía antirreflujo ha reaparecido como una opción disponible. En general la funduplicatura de Nissen por vía laparoscópica, que es la técnica más empleada, es una intervención muy eficaz y segura, con una morbilidad menor del 5% y una mortalidad menor del 0.08%.³³

Se ha identificado una interpretación equívoca por parte del paciente de los términos “pirosis” y “regurgitación” concepto distinto entre los médicos y aún más entre los enfermos que pueden expresar como pirosis síntomas distintos y por ello se han diseñado cuestionarios estructurados que definen el síntoma, como el de Johnsson cuya respuesta positiva en las cuatro preguntas indica

una probabilidad del 85% de que el paciente tenga una esofagitis erosiva, una medición del pH en 24 horas alterada o ambas.³⁴El valor de predicción positiva o negativa de los síntomas típicos para establecer diagnóstico de ERGE varía dependiendo del método ideal de diagnóstico y no se ha determinado con absoluta certeza.

Carlsson y colaboradores han propuesto un cuestionario descriptivo para identificar personas con ERGE. El uso de cuestionarios de interrogatorio directo permite identificar el mayor número de pacientes con ERGE, utilizando un nivel de corte de 4 puntos, siendo la calificación máxima posible 18, informa sensibilidad de 70% con especificidad de 46% para esofagitis.^{1,35}Se han propuesto varios cuestionarios para mejorar la capacidad diagnóstica de la historia clínica sin embargo la mayoría de estos identifican síntomas asociados, severidad, la frecuencia y dolor de los síntomas en los pacientes ya diagnosticados con ERGE, los que se utilizarán en este estudio se encuentran validados internacionalmente así como por la Academia Mexicana de Cirugía.^{1,34-37}

2. Planteamiento del problema

La ERGE constituye uno de los procesos más frecuentes de consulta tanto a nivel de atención primaria como para los especialistas en gastroenterología. Es una enfermedad frecuente a nivel mundial en todas sus manifestaciones. Recientemente un estudio demostró que la población general muestra una prevalencia de la manifestación atípica que va del 7% a 23%.⁴

Aunque en nuestro país se desconoce su frecuencia, aparentemente está subdiagnosticada y la automedicación es común.¹ Su importancia se basa por un lado en su elevada prevalencia y por otro lado en sus consecuencias a corto y a largo plazo.^{1,2}

La extensa gama de presentación sintomática de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y de sus complicaciones hace difícil el diagnóstico temprano y es fácil confundirlo con otras patologías.^{4,8} Algunos estudios reportan que la ERGE afecta más a hombres que a mujeres, las enfermedades serias de la esofagitis por reflujo gastroesofágico se da en hombres de edad avanzada y raza blanca.³⁸

La reflexión, sobre el costo-beneficio y costo-efectividad, son particularmente importantes en un entorno lleno de contrastes y carencia como el nuestro, en donde se debe tener suficientemente conocimiento de la ERGE para aprovechar los recursos con los que contamos y satisfacer la demanda de nuestro paciente ya que la enfermedad frecuentemente es recidivante.¹

Las condiciones del trabajo del médico familiar son distintas a la de los especialistas, la disponibilidad de recursos limita la práctica de estudios y tratamientos que plenamente justificados son inalcanzables.¹

La calidad de vida de las personas con ERGE se ve adversamente afectada, no sólo por los síntomas atribuibles a la enfermedad, sino por el temor de sufrir otros padecimientos más serios. Por lo que la estrategia adecuada de diagnóstico disminuye la tensión de los enfermos que, sin embargo deben ser advertidos que la ERGE es un padecimiento crónico-benigno, frecuentemente recidivante y costoso.^{1,10}

Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuales son los diagnósticos equívocos más frecuentes en la enfermedad por reflujo gastroesofágico con manifestaciones atípicas en la población usuaria de la UMF No. 26 de Acapulco, Guerrero en el período comprendido entre el 1 de noviembre del 2005 al 30 de abril del 2006?

3. Justificación

La información obtenida en diversos países hace sospechar que es una enfermedad muy frecuente, la mayoría permanece oculta porque la intensidad de las molestias es poco relevante o se mitiga con automedicación.^{1,2,35}

Se ha demostrado que al menos el 4% a 7% de individuos aparentemente sanos sufren pirosis de manera cotidiana y en la población Norteamericana se sabe que cerca del 44% de la población se queja de pirosis al menos una vez por semana y de éstas el 18% se automedica.^{1,2} En la República Mexicana no tenemos estadísticas nacionales que nos permitan apreciar el impacto de la ERGE.¹

Según diferentes estudios publicados hasta el 20%-30% de la población presenta síntomas de ERGE a lo largo de su vida. Esta enfermedad se asocia a la presencia de una serie de síntomas típicos y atípicos que disminuyen significativamente la calidad de vida de nuestros pacientes. Además, la presencia de reflujo crónico se asocia a complicaciones a largo plazo como hemorragia digestiva, estenosis péptica, esófago de Barret y adenocarcinoma esofágico, la incidencia de este tumor en países occidentales ha sufrido un crecimiento exponencial en los últimos años probablemente relacionados con el aumento de la incidencia de ERGE.¹⁻⁴

La ERGE ha tenido avances importantes tanto en el diagnóstico como en la terapéutica lo cual nos exige una mejor valoración de nuestros pacientes y así

tener una conducta más eficiente evitando al paciente tratamientos equivocados prolongados o intervenciones quirúrgicas innecesarias.^{1,2,4,27} El diagnóstico temprano es de suma importancia como en cualquier enfermedad y gracias a los avances tecnológicos existen pruebas diagnósticas que nos permiten confirmar el diagnóstico o descartarlo de manera muy precisa.

En las unidades de medicina familiar, el médico se puede auxiliar de los cuestionarios validados para el diagnóstico de la ERGE,³⁴⁻³⁵ esto se puede lograr capacitando al personal para la aplicación de estos sencillos cuestionarios, con el fin de abatir las complicaciones que se presentan en esta enfermedad.

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

- Identificar los diagnósticos equívocos más frecuentes en la ERGE con manifestaciones atípicas en la población usuaria de la UMF No. 26 de Acapulco, Gro.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar a los pacientes con ERGE de acuerdo a los cuestionarios de Johnsson y Carlsson.
- Medir la frecuencia de los diagnósticos de referencia que la literatura describe como causa de equivocaciones con la ERGE, como son disfonía,

disfagia, faringitis crónica, laringitis crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía, sinusitis crónica y dolor torácico.

- Identificar las manifestaciones típicas y atípicas presentes en los pacientes referidos las especialidades de otorrinolaringología, cardiología y neumología, de la UMF No.26 al HGR No.1 Vicente Guerrero.
- Valorar la asociación de las manifestaciones atípicas con el diagnóstico de ERGE
- Valorar la asociación de algunas variables tales como sexo, edad, ocupación, obesidad, ingesta de grasas, carnes rojas y café, así como tabaquismo y alcoholismo con el diagnóstico de ERGE.

5. Material y métodos

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal.

5.2 Población, lugar y tiempo de estudio

- El universo de estudio fueron aquellos pacientes referidos a interconsulta a las especialidades de otorrinolaringología, cardiología y neumología de los turnos matutino y vespertino al Hospital General Regional (HGR) No. 1 “Vicente Guerrero”, por el médico de la consulta externa de la UMF 26 de la ciudad y puerto de Acapulco Gro., en el período comprendido entre el 1 de noviembre del 2005 al 30 de abril del 2006. La población diana fueron los pacientes de 20 a 69 años con diagnóstico de disfonía, disfagia, faringitis crónica, laringitis crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía, sinusitis crónica y dolor torácico.

5.3 Tamaño mínimo de muestra y tipo de muestreo

- Para este estudio no se realizó cálculo del tamaño mínimo de muestra ya que se tomó a todos los pacientes que fueron referidos con los diagnósticos mencionados durante el período de estudio. Por lo tanto, se tomó una muestra no probabilística, reclutando a los pacientes por conveniencia.

5.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes referidos a las especialidades de otorrinolaringología, cardiología y neumología, de la UMF No.26 al HGR No.1 Vicente Guerrero.
- Pacientes de 20 a 69 años con diagnóstico de disfonía, disfagia, faringitis crónica, laringitis crónica, bronquitis, asma bronquial, neumonía, sinusitis crónica y dolor torácico.
- Pacientes que aceptaron participar mediante la firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de embarazo más una de las enfermedades de estudio.
- Pacientes con cardiopatía isquémica ya diagnosticada por el servicio de cardiología.

Criterios de eliminación

- Pacientes que hayan tomado tratamiento con bloqueadores H2 o inhibidores de la bomba de protones en el mes previo.
- Pacientes que una vez iniciado el cuestionario no desearan continuar con él.

5.5 Operacionalización de variables

ERGE

Definición: la enfermedad por reflujo gastroesofágico son las manifestaciones clínicas y las alteraciones físicas inducidas por la presencia del material de reflujo gastroesofágico.

Indicador: 1) paciente con ERGE, 2) paciente “sano”.

Escala: cualitativa.

Operacionalización: se aplicaron como instrumento de medición los cuestionarios de Johnsson y Carlsson, considerando a los pacientes con ERGE a aquellos que contestaron en el primero las cuatro preguntas de forma afirmativa y en el de Carlsson hubieran tenido calificación ≥ 4 puntos. Fue necesario que estas dos premisas se cumplieran para que se considerara el diagnóstico de ERGE.

Edad

Definición: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de realización de la encuesta.

Escala: cuantitativa.

Indicador: 1) 20 a 40 años, 2) 41 a 60 años y 3) 61 a 69 años

Operacionalización: mediante interrogatorio directo se obtuvo la edad del paciente en años cumplidos. Posteriormente se constituyeron grupos de edad: de 20 a 40, años, 41 a 60 años y 61 a 69 años

Sexo

Definición: fenotipo del humano con sus características físicas, biológicas y sociales. Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.

Escala: cualitativa.

Indicador: 1) femenino 2) masculino

Operacionalización: el que se observó en el entrevistado y respondió en el interrogatorio directo.

Obesidad

Definición: acumulación excesiva de grasa en el cuerpo por hipertrofia general del tejido adiposo. Es una enfermedad crónica que se acompaña por alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud y relacionada con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.

Escala: cualitativa.

Indicador: 1) normal, 2) obesidad.

Operacionalización: se revisó en el expediente clínico la talla y el peso del paciente y se procedió a calcular el IMC. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana sobre el control de la Obesidad se consideró como obesa a aquella persona que siendo su estatura \geq de 150 cm para mujeres o 160 cm para hombres, tuvo un IMC \geq 27. Si la persona era menor de 150 cm para las mujeres o de 160 cm para los hombres, se consideró obesa a partir de un IMC \geq 25.

Ocupación

Definición: actividad laboral que realiza actualmente.

Escala: cualitativa.

Indicador: 1) hogar, 2) obrero, 3) profesional 4) desempleado 5) jubilado o pensionado.

Operacionalización: mediante un cuestionario se interrogó directamente sobre que actividad laboral que realiza al momento del estudio.

Hábitos alimentarios

Definición: conjunto de alimentos que se consumen al día.

Escala: cualitativa.

Indicador: 1) grasas 2) carnes rojas 3) chile 4) café

Operacionalización: mediante un cuestionario se interrogó directamente al entrevistado sobre los alimentos que consume normalmente en su dieta diaria.

Tabaquismo

Definición: adicción crónica generada por el tabaco.

Indicador: 1) no fumador, 2) fumador

Escala: cualitativa

Operacionalización: mediante un cuestionario se interrogó en forma directa el hábito del tabaquismo, se consideró fumador al que consumía tabaco en el momento de la encuesta. Fumador leve: es el que consume menos de 5 cigarrillos en promedio por día. Fumador moderado: es el que fuma entre 6 y

15 cigarrillos promedio por día. Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio.

Alcoholismo

Definición: la OMS define el alcoholismo como todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a los dos, plantea que es un trastorno conductual crónico manifestado por ingesta repetidas de alcohol, excesiva respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

Indicador: 0) no bebedor, 2) bebedor

Escala: cualitativa

Operacionalización: se interrogó en forma directa en el cuestionario sobre la ingesta de bebidas alcohólicas, se consideró como bebedor aquel que consumió mas de 0.5 litros de cerveza al día o más de 0.25 litros de cualquier otra bebida alcohólica al día.

Manifestaciones típicas

Pirosis

Definición: sensación de ardor y quemazón en la región retroesternal.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba pirosis, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Regurgitación

Definición: llegada de alimento previamente ingerido o de un líquido ácido a la garganta o la boca

Indicador: 1) sí 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba regurgitación, si esta se encontraba descrita en la nota de referencia.

Manifestaciones atípicas

Odinofagia

Definición: dolor a la deglución

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba odinofagia, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Globus

Definición: sensación de cuerpo extraño percibida a nivel de la fosa yugular no relacionada con la deglución

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba globus, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Disfagia

Definición: dificultad para la deglución, sensación de que la comida se atora en la garganta o en el esófago.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba disfagia, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Disfonía

Definición: trastorno o alteración de la emisión vocal debido a una causa orgánica o funcional.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba disfonía, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Laringoespasmó

Definición: [espasmó](#)s en la laringe y los músculos de la garganta, que motivan dificultades respiratorias.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba laringoespasmó, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Broncoespasmó

Definición: broncoespasmó puede definirse por una condición patológica caracterizada por una respuesta broncoconstrictora exagerada frente a estímulos

diversos que puede condicionar disnea, tos, sibilancias o dolor torácico.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba broncoespasmó, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Tos crónica

Definición: la tos es un mecanismo protector de la vía aérea, cuya finalidad es limpiar el árbol traqueo-bronquial de las partículas extrañas, y facilitar la eliminación de las secreciones. Se considera crónica cuando persiste o es recurrente por más de ocho semanas.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba tos crónica, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Hipersialorrea

Definición: aumento de secreción de saliva

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba hipersialorrea, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Precordalgia

Definición: dolor retroesternal agudo súbito que empeora especialmente con la respiración profunda o la [tos](#), o sensación de:

- dificultad para respirar.
- opresión torácica.
- [fatiga](#) fácil.
- frecuencia cardíaca rápida.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: se consideró que el paciente presentaba precordialgia, si esta sensación se encontraba descrita en la nota de referencia.

Diagnósticos

Disfagia (R13)

Definición: dificultad para la deglución, sensación de que la comida se atora en la garganta o en el esófago.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Disfonía (R 49.0)

Definición: trastorno o alteración de la emisión vocal debido a una causa orgánica o funcional.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Laringitis crónica (J 37.0)

Definición: se caracteriza por ser el resultado de la irritación persistente de las cuerdas vocales lo cual produce síntomas durante un tiempo prolongado (semanas a meses).

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Sinusitis crónica (J 32.9)

Definición: cuadro de cefalea frontal asociado a obstrucción nasal y escurrimiento retrofaríngeo radiografía simple o tomografía computada de senos paranasales con evidencia de sinusitis de más de 3 meses.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Bronquitis (J41.0)

Definición: tos productiva presente al menos de 4-6 veces al día durante 3 meses consecutivos

Indicador: 1) sí 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Asma Bronquial (J45.9)

Definición: episodios crónicos o recidivantes de dificultad respiratoria con tos o sibilancias que mejoran con tratamiento broncodilatador o prueba de función respiratoria compatibles.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Neumonía (J 69.0)

Definición: cuadro de tos productiva asociada a fiebre y dolor torácico que haya requerido hospitalización o manejo ambulatorio con antibióticos y radiografía de tórax con infiltrado pulmonar.

Indicador: 1) si 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Dolor Torácico (R07.2)

Definición: presencia de dolor o malestar en el tórax, no relacionado a enfermedad cardíaca con electrocardiograma y radiografías de tórax normales.

Indicador: 1) sí 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

Faringitis crónica (J31.2)

Definición: se entiende por faringitis crónica a aquellos procesos inflamatorios y/o imitativos crónicos de la mucosa faríngea que producen cambios en su trofismo.

Indicador: 1) sí 2) no

Escala: cualitativa

Operacionalización: el que el médico anotó en la nota de referencia de primer nivel (4-30-8)

5.6 Método de recolección de datos

Previa autorización del Comité Local de Investigación de la UMF No. 9 se revisaron las referencias en el archivo clínico de la UMF No.26 de las especialidades que se incluyeron. Se seleccionaron 126 pacientes, de los que fueron eliminados 6 por encontrarse con tratamiento previo de un mes con antiácidos e inhibidores de la bomba de protones; posteriormente ya con la cita, se le invitó a formar parte del estudio de investigación sobre la ERGE, en este momento se ingresaba a un consultorio en donde previo consentimiento informado ^{anexo 3} se les explicaba en que consistía el estudio y se les orientaba en el llenado o contestación de los cuestionarios previamente validados. ^{anexos 1 y 2}

Se diseñó un formato para vaciar los resultados iniciales y finales que constó de un número de folio consecutivo, número de afiliación del paciente, edad, índice de masa corporal, ocupación, hábitos alimenticios, alcoholismo, tabaquismo, sintomatología y diagnóstico motivo de interconsulta a segundo nivel, ^{anexo 4} estos datos fueron extraídos en forma directa por interrogatorio

como son las características sociodemográficas; sexo, edad, ocupación, hábitos alimenticios, alcoholismo y tabaquismo, de la cartilla de citas se obtuvieron el peso, talla y el índice de masa corporal, del formato 4-30-8 se obtuvieron los datos de signos, síntomas y diagnósticos, posteriormente a los pacientes que por medio de los cuestionarios de Johnsson y Carlsson, fueron detectados con enfermedad de reflujo gastroesofágico se enviaron con el médico adscrito para realizar el protocolo correspondiente. Los datos posteriormente, fueron capturados con ayuda del paquete estadístico SPSS para Windows, v.12.0.

5.7 Consideraciones éticas

El siguiente trabajo se realizó con el mayor apego al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

1. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º., en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
2. La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII ; 7º., fracción VIII; 68 fracción IV; 96, fracciones I a VII; 97; 98; 99 ; 100 fracciones I a VII; 101 ; 102 fracciones I a V 103 ; 115;fracción V; 119 fracción I; 141; 160;164;168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321, y 334.
3. El reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

4. El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinaciones de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
5. La Declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.
6. Los Acuerdos 5/95 al 55/95 del 11 de enero de 1995 del H. Consejo Técnico del IMSS referente a la modernización del Instituto.

De acuerdo a los códigos y declaraciones de ética de la investigación en este estudio, se solicitó consentimiento informado a los pacientes para su participación y se otorgó consulta especializada de gastroenterología a aquellos pacientes que presentaron ERGE.

5.8 Análisis estadístico

Se realizó análisis univariado obteniendo frecuencias simples y proporciones. Con el fin de valorar la asociación de las manifestaciones atípicas y otras variables con la ERGE se calculó Chi cuadrada de Maentel-Haenzel (χ^2) o prueba exacta de Fisher, calculando posteriormente en aquellas que resultaron con significancia estadística, razones de momios de la prevalencia (RMP) con intervalo de confianza al 95% (IC_{95%}) con valor de p en el límite convencional del 95%. Este análisis se realizó con ayuda de los programas SPSS v.12.0 para Windows y EPIDAT v.3.1.

6. Resultados

6.1 Descripción de los resultados

Se estudiaron un total de 120 pacientes. El 70% de estos pacientes fueron mujeres. El grupo de edad que más predominó fue el 20 a 40 años (52.5%). En relación a la ocupación, como era de esperarse el 35.8% se dedicaba al hogar, dado que la mayoría pertenecían al género femenino. Con respecto a la obesidad 57.5% fueron obesos. ^{Tabla 1}

En lo que se refiere a hábitos dietéticos, se encontró que más de la mitad de los pacientes estudiados consumían alimentos grasos (55.8%), carnes rojas (68.3%), chile (55.8%) y café (60%). ^{Tabla 2}

Con respecto al tabaquismo y al alcoholismo se encontró que la mayoría no ingería alcohol (80%) ni refirió hábito tabaquico (71.7%). ^{Tabla 3}

De acuerdo al cuestionario de Johnson el 47.5% presentó ERGE, mientras que por el de Carlsson solamente el 40.8% resultó con esta enfermedad. Uniendo estos dos cuestionarios solamente el 33.3% presentó ERGE. ^{Tabla 4}

El diagnóstico más frecuente de envío fue dolor torácico (25.8%) seguido de faringitis crónica (20.8%), el diagnóstico menos frecuente fue asma bronquial (4.2%). ^{Tabla 5}

En lo que se refieren a las manifestaciones típicas, se encontró que el 6.7% de los pacientes estudiados presentó pirosis y el 5% presentó regurgitación, por lo que 8.3% presentó cualquiera de los 2 síntomas.^{Tabla 6}

Las manifestaciones atípicas que se presentaron con mayor frecuencia fueron: precordialgia (22.7%), seguida de odinofagia (17.5%) y disfonía (16.0%).^{Tabla 7} La mayoría de los pacientes (53.3%) presentaron un solo síntoma atípico.^{Tabla 8}

En el análisis bivariado se encontró que la mitad de los pacientes con dolor torácico presentaron ERGE, además de este diagnóstico equivoco se observó que el 44% de los pacientes con faringitis crónica y el 41.7% de aquellos con diagnóstico de disfagia presentaron la enfermedad.^{Tabla 9}

Con respecto a los síntomas típicos se observó que los pacientes con pirosis tienen casi 7 veces ($RMP = 6.88$, $IC_{95\%} = 1.321 - 35.844$) más probabilidad de presentar ERGE que aquellos sin este síntoma típico. Cabe mencionar que el 75% de los pacientes con pirosis presentaron la enfermedad.^{Tabla 10}

En lo que se refiere a la regurgitación, dado que todos los pacientes que la presentaron tuvieron ERGE no se pudo valorar su asociación. Al valorar la presencia de algún síntoma típico el 80% de los pacientes que los presentaron sufrieron ERGE, presentando casi 10 veces ($RMP = 9.75$, $IC_{95\%} = 1.962 - 48.446$) más probabilidad de presentar la enfermedad.^{Tabla 11}

El 44.4% de los pacientes con tos crónica presentaron ERGE y sólo el 21.7% de aquellos con disfonía lo presentaron, sin embargo no se encontró asociación

estadísticamente significativa ($p = 0.309$). Además se observó que aquellos pacientes con 2 síntomas atípicos y los que tienen 3 o más, tienen más de 4 y 3 veces más probabilidad de presentar la enfermedad en comparación de aquellos con un solo síntoma (RMP = 4.815, IC_{95%} = 1.969 – 11.773; RMP = 3.467, IC_{95%} = 1.129 – 10.643).^{Tabla 12}

Se observó un incremento de más de 2 veces (RMP = 2.373, IC_{95%} = 1.054 – 5.341) la probabilidad de presentar ERGE si los pacientes eran hombres, siendo esta asociación estadísticamente significativa.^{Tabla 13}

En lo que se refiere a las variables de edad ($p = 0.129$), obesidad ($p = 0.164$), ocupación ($p = 0.094$),^{Tabla 14} ingesta de grasas ($p = 0.372$), de carnes rojas ($p = 0.476$), de chile ($p = 0.108$), de café ($p = 0.278$),^{Tabla 15} tabaquismo ($p = 0.467$) y alcoholismo ($p = 0.232$)^{Tabla 16} no se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa.

6.2 Tablas

Tabla 1. Distribución de los pacientes de acuerdo a las variables sociodemográficas.

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	36	30.0
Femenino	84	70.0
Edad		
20 – 40	63	52.5
41 – 60	44	36.7
61 - 69	13	10.8
Clasificación IMC*		
Peso normal	51	42.5
Obesidad	69	57.5
Ocupación		
Hogar	43	35.8
Obrero	32	26.7
Profesionista	16	13.3
Estudiante	13	10.8
Pensionado y jubilado	12	10.1
Desempleado	4	3.3
* De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana sobre el control de la Obesidad		

Tabla 2. Distribución de los pacientes de acuerdo a los hábitos alimenticios.

Variables	n	%
Ingesta de alimentos grasos		
Sí	53	44.2
No	67	55.8
Ingesta de carnes rojas		
Sí	38	31.7
No	82	68.3
Ingesta de chile		
Sí	67	55.8
No	53	44.2
Ingesta de café		
Sí	48	40.0
No	72	60.0

Tabla 3. Distribución de los pacientes de acuerdo al tabaquismo y alcoholismo.

Variables	n	%
Tabaquismo		
Sí	34	28.3
No	86	71.7
Alcoholismo		
Sí	24	20.0
No	96	80.0

Tabla 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a la clasificación de Johnsson y Carlsson.

Variables	n	%
Cuestionario de Johnsson		
< 4 puntos	63	52.5

Tabla 5. Distribución de los pacientes de acuerdo a los diagnósticos.

Diagnósticos	n	%
Dolor torácico	31	25.8
Faringitis crónica	25	20.8
Sinusitis crónica	20	16.7
Disfagia	12	10.0
Laringitis crónica	11	9.2
Bronquitis crónica	10	8.3
Disfonía	6	5.0
Asma bronquial	5	4.2

Tabla 6. Distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia de síntomas típicos.

Síntomas típicos	n	%
Pirosis		
Sí	8	6.7
No	112	93.3
Regurgitación		
Sí	6	5.0
No	114	95.0

Tabla 7. Distribución de los pacientes de acuerdo a la presencia de síntomas atípicos.

Síntomas atípicos	n	%
Precordalgia	44	22.7
Odinofagia	34	17.5
Disfonía	31	16.0
Tos crónica	30	15.5
Disfagia	21	10.8
Hipersialorrea	11	5.7
Globus	10	5.1
Broncoespasmo	9	4.6
Laringoespasmo	4	2.1

NOTA: Algunos pacientes presentaron uno o más síntomas.

Tabla 8. Distribución de los pacientes de acuerdo al número de síntomas atípicos.

Número de síntomas	n	%
Uno	64	53.3
Dos	38	31.7
Más de dos	18	15.0

Tabla 9. Frecuencias simples y proporciones de los diagnósticos en relación a la presencia de ERGE.

Diagnósticos	ERGE	
	Sí n (%)	No n (%)
Dolor torácico	13 (41.9)	18 (58.1)
Faringitis	11 (44.0)	14 (56.0)
Sinusitis	4 (20.0)	16 (80.0)
Disfagia	5 (41.7)	7 (58.3)
Laringitis	3 (27.3)	8 (72.7)
Bronquitis	0 (0.0)	10 (100.0)
Disfonía	3 (50.0)	3 (50.0)
Asma bronquial	1 (20.0)	4 (80.0)

Tabla 10. Razón de momios de la prevalencia en relación a la presencia de pirosis y la ERGE.

Pirosis	ERGE		RMP	IC _{95%}	P
	Sí	No			
No*	34	78	-	-	-
Sí	6	2	6.88	1.321	35.844

* Categoría de referencia

Tabla 11. Razón de momios de la prevalencia en relación a la presencia de algún síntoma típico y la ERGE.

Síntoma típico	ERGE		RMP	IC _{95%}	P
	Sí	No			
No*	32	78	-	-	-
Sí	8	2	9.75	1.962	48.446

* Categoría de referencia

Tabla 12. Razón de momios de la prevalencia en relación a la presencia de algún síntoma atípico y la ERGE.

No. de síntomas atípicos	ERGE		RMP	IC _{95%}		P
	Sí	No				
Uno	12	52	-	-	-	-
Dos	20	18	4.82	1.969	11.773	0.001
Tres	8	10	3.47	1.129	10.643	0.030

* Categoría de referencia

Tabla 13. Razón de momios de la prevalencia en relación al sexo y la ERGE.

Sexo	ERGE		RMP	IC _{95%}		P
	Sí	No				
Femenino	23	61	-	-	-	-
Masculino	17	19	2.37	1.054	5.341	0.034

* Categoría de referencia

Tabla 14. Relación de las variables sociodemográficas con la presencia de ERGE.

Variable	ERGE		P
	Sí	No	
Edad			
20 – 40	26	37	
41 – 60	10	34	
61 - 69	4	9	0.129**
Clasificación IMC*			
Peso normal	20	31	
Obesidad	20	49	0.164***
Ocupación			
Hogar	8	35	
Obrero	15	17	
Profesionista	6	10	
Estudiante	5	8	
Pensionado y jubilado	4	8	
Desempleado	2	2	0.094**
* De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana sobre el control de la Obesidad			
** Prueba exacta de Fisher			
*** χ^2 de Maentel-Haenzel			

Tabla 15. Relación de los hábitos alimenticios con la presencia de ERGE.

Hábito alimenticio	ERGE		P
	Sí	No	
Ingesta de alimentos grasos			
Sí	19	34	0.372*
No	21	46	
Ingesta de carnes rojas			
Sí	12	26	0.476*
No	28	54	
Ingesta de chile			
Sí	26	41	0.108*
No	14	39	
Ingesta de café			
Sí	14	34	0.278*
No	26	46	
* χ^2 de Maentel-Haenzel			

Tabla 16. Relación del tabaquismo y el alcoholismo con la presencia de ERGE.

Hábitos tabaquico y alcoholismo	ERGE		P
	Sí	No	
Tabaquismo			
Sí	12	22	0.467*
No	28	58	
Alcoholismo			
Sí	10	14	0.232*
No	30	66	
* χ^2 de Maentel-Haenzel			

7. Discusión

LA ERGE es un padecimiento frecuente en otros países; en encuestas realizadas a población abierta se reporta que 20% a 40% de la población presenta síntomas de la enfermedad a lo largo de su vida.² En nuestro estudio la prevalencia observada fue de 33.3% cifra muy similar a lo reportado en otros estudios.

Los síntomas típicos como, la pirosis y la regurgitación ácida se refieren presentes en 75% de los enfermos.^{1,2,3} En esta investigación se encontró que el 75% de los pacientes que presentaron pirosis y el 100% de los que presentaron regurgitación presentaron ERGE.

En Norteamérica Locke y cols. realizó un estudio epidemiológico donde observó que la prevalencia de las manifestaciones atípicas oscila entre 7% y 23% en los sujetos con ERGE.⁴ En el presente estudio esto no se pudo corroborar ya que los pacientes que se estudiaron por lo menos presentaron un síntoma atípico.

Diversos estudios en Norteamérica y en México Suazo y cols. mencionan una prevalencia de síntomas atípicos en donde destacan la faringitis y laringitis crónica como los diagnósticos donde existen mayores probabilidades de presentar ERGE.^{1,4-6,8,9} La disfonía es la principal manifestación de enfermedad laríngea. Las lesiones laríngeas que se han asociado a ERGE incluyen el eritema interaritenoides, úlceras, granulomas, estenosis y hasta carcinoma. Mediante estudios de pHmetría esofágica varios investigadores muestran que el reflujo ácido alcanza el tercio superior del esófago y la hipofaringe. Koufman demuestra que el 60% con diversas lesiones laríngeas tiene pHmetría anormal. Estas evidencias permiten argumentar que el contacto crónico del ácido con la laringe explica la mayor parte de las manifestaciones otorrinolaringológicas de la ERGE.^{4,18,42} En el presente estudio se encontró que el 44% de los pacientes con faringitis crónica y el 27.3% de aquellos con laringitis crónica, presentaron ERGE

Se revisaron varios estudios en donde se han encontrado asociación del dolor torácico con ERGE, en 1997 en México se encontró que el riesgo de presentarlo para los pacientes con esofagitis por reflujo fue de 4.9 veces.⁴ En

nuestro estudio se observó un 41.9% de pacientes con dolor torácico asociado a ERGE

De acuerdo al sexo se observó que en la población analizada es más frecuente la ERGE en el sexo masculino (47.2 vs. 27.4%). Esto refrenda lo que citan algunos estudios.

En cuanto a la edad se encontró que el grupo de pacientes de 20-40 años fue el más susceptible para enfermedad por reflujo a diferencia de otros estudios en donde se ha encontrado que en adultos se incrementa con la edad como apunta la revisión de Meining que lo clasifica como un factor de riesgo de la ERGE.³⁸

En el estudio DIGEST se ha demostrado que el mayor nivel educacional, el estado marital y los acontecimientos vitales negativos recientes son factores de riesgo estadísticamente significativos asociados a ERGE.³⁹ En nuestra muestra de estudio se observó que la ocupación no tuvo asociación estadísticamente significativa con la enfermedad.

Se revisaron varios estudios en donde refieren que la obesidad produce una acumulación de grasa intraabdominal y aumenta la presión de la misma, lo que favorece el reflujo por estrés,^{8,14} no obstante, Lagergen en un reciente estudio ha demostrado que el reflujo gastroesofágico ocurre independientemente del índice de masa corporal.⁴⁰ Sin embargo, en ocasiones, variaciones significativas de peso pueden tener importancia como factor precipitante de los síntomas,⁴¹ en nuestro estudio, si bien el 57.5% de la muestra fueron obesos,

solamente el 29% de ellos presentó ERGE, no encontrando asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la ERGE.

Rey Díaz y colaboradores, reportan que algunos alimentos como grasas y café son factores agravantes o precipitantes de la ERGE.² Sin embargo, Dent y Meining reportan que los hábitos higiénicos-dietéticos no parecen que sean factores de riesgo dominantes en la ERGE. Tanto las grasas, como los dulces, la cebolla cruda, las especias, la cafeína y los cítricos presentan en los estudios realizados hasta ahora, datos contradictorios y una evidencia científica débil. Las comidas copiosas son factores de riesgo con una evidencia moderada y poco concluyente para la aparición de reflujo posprandial.^{39,40} En nuestro estudio la ingesta de grasas, carnes rojas, chile o café, no fueron variables que se asociaran estadísticamente con la presencia de ERGE.

Diversos factores constitucionales y ambientales se han implicado en la aparición de la ERGE como son el tabaquismo y el alcoholismo que disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior favoreciendo el paso del contenido gástrico al esófago.^{4,38} Sin embargo, una vasta revisión de los datos disponibles revelan resultados que están en conflicto con respecto al impacto de su asociación con ERGE. En el presente estudio no se encontró asociación significativa, sin embargo dicha asociación no se puede descartar.

8. Conclusiones

La ERGE es un problema de salud que requiere su búsqueda intencionada ya que más del 30% de los pacientes estudiados la presentaron.

La faringitis y la laringitis crónica son padecimientos en los que se debe buscar intencionadamente síntomas de ERGE ya que son, en los que con más frecuencia se presentaron equivocaciones diagnósticas.

Otro diagnóstico con alta frecuencia de equivocación encontrado en nuestro estudio es el dolor torácico y su importancia radica en el diagnóstico diferencial con el dolor producido por la isquemia coronaria.

Los síntomas típicos, pirosis y regurgitación, sugieren la presencia de ERGE.

La presencia de dos o más síntomas atípicos, debe llevar al médico de primer nivel a la sospecha de ERGE.

El pertenecer al sexo masculino incrementa el riesgo de presentar ERGE.

La edad, ocupación, obesidad, hábitos alimenticios, tabaquismo y alcoholismo son factores en los que aún existe controversia en su asociación con la ERGE.

9. Recomendaciones

Programar con ayuda de la Coordinación de Enseñanza e Investigación de Salud de la UMF No. 26, la capacitación del médico de primer contacto sobre la enfermedad de reflujo esofágico y de toda la gama de sintomatología que se presenta, utilizando la guía clínica para ERGE de la Academia Mexicana de Cirugía la cual orienta sobre la actuación médica en el momento oportuno de cada fase de la historia de la enfermedad.

Realizar intencionalmente búsqueda de sintomatología asociada a ERGE realizando semiología de los signos y síntomas que el paciente refiera.

Poner mayor atención a los pacientes con laringitis y faringitis crónica, que por su frecuencia de asociación pudieran ser susceptibles de ERGE. Así como de aquellos que presenten dolor torácico a los que se deberá realizar una buena historia clínica e identificar y descartar factores de riesgo para enfermedad cardíaca con ayuda de estudios clínicos así como electrocardiograma.

El tratamiento de ERGE debe ser orientado a los síntomas del paciente en forma individual. Por lo tanto, cualquier consejo dado para modificar la dieta y/o la forma de vida representa una forma de terapia integral que disminuirá el riesgo para otras enfermedades crónico-degenerativas y a su vez modificara

factores de la patogenia de la enfermedad aunque estas acciones aun se encuentren en conflicto.

Promover la reflexión del médico de primer nivel para mejorar la calidad de vida de los enfermos a través de aliviar los síntomas, prevenir y tratar las complicaciones de ERGE.

Fomentar en la prevención de complicaciones estableciendo niveles de competencia que coadyuven a la disminución de costos de la atención médica y la prevención de mala práctica médica.

10. Referencias

1. Uscanga L, Nogueira JR, Gallardo E y cols. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Gastroenterol Méx 2002; 67 (3): 216-223.
2. Díaz E, Álvarez A, Díaz M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Medicine 2004; 9(1): 18-28.
3. Piazuolo E, Lanás A. La defensa de la mucosa esofágica como diana terapéutica en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Gastroenterol Hepatol 2004;27 (4): 274-84.
4. Suazo J, Facha MT, Valdovinos MA. Estudio de casos y controles de manifestaciones atípicas en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Invest Clin 1998; 50:317-22.
5. Carmona R, Valdovinos M, Facha M, Aguilar Luis, Cachafeiro M y col. El reflujo gastroesofágico en pacientes asmáticos: estudio de frecuencia y correlación clínica. Gac Méd Méx 1999; 135(5):124-142.
6. Bessa X, Piñón V, Elizalde JL. Protocolo diagnóstico de las manifestaciones respiratorias y otorrinolaringológicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Gastroenterol Inst Clin de Barc 2000; 8 (2): 98-100.
7. Morice A, Kastelik J. Chronic cough in adults. Thorax 2003; 58: 901-907.
8. Valenzuela J. Manifestaciones extra digestivas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Gastroenterol del Hop San Mar Arg 2000.
9. Daviers Ha, Jones D, Rhoder. Angina-Like esophageal pain differentiation from cardiac pain by history. J Clin Gastroenterol 1985;7: 477-81.

10. Uscanga L, Nogueira JR, Gallardo E. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Gastroenterol Méx 2002; 67 (3): 216-223.
11. Teramoto S, Yamamoto H, Ovachi A, Valipour and Spin SG. Gastroesophageal reflux common in patients with sleep apnea rather than snorers without sleep apnea. Chest 2003; 124 (2):767-768.
12. Ronald J, Akenet L, Koch. Gastroesophageal reflux disease presenting with intractable. Gastroenterol 1985; 7: 477-81.
13. García G. Asma y reflujo gastroesofágico. Serv de Gastroenterol del Hosp San Mar Arg 2004.
14. Valipour A, et al. Symptomatic gastroesophageal reflux in subjects with breathing sleep disorder. Chest 2000; 121 (6):1748-1753.
15. Gómez O, Herrera M, Valdovinos M. Obesidad y enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Invest Clin 2002; 54 (4): 320-324.
16. Kahrilas Peter J. Diagnosis of symptomatic gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2003; 98(3): S 15- S 23.
17. Kurata John H, Nogama Akin N and Evermart James B. A prospective study of dyspepsia in primary care. Dig Disc Sciens 2002; 47 (4): 797-803.

18. Branski Ryan C, Bhattacharyya Neil, Joshepiron D. The reliability of the assessment of endoscopies laryngeal findings associated with laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope* 2002; 112: 1019-1024.
19. Garrides Vicente, Gisberd Lirios, Bastida Guillermo, Ortiz Vicente, Bau Inmaculada, Nos Pilar and Ponce Julio. Manifestations of gastroesophageal reflux and response to omeprazole therapy in patients with chronic posterior laryngitis and evaluation based on clinical practice. *Digest Disc Sciens* 2003; 48(11): 2117-2123.
20. Mantyneen Timo, et al. The impact of upper GI endoscope referral volume on the diagnosis of gastroesophageal reflux disease and its complications a i-year cross-sectional study in referral area with 260 000 inhabitants. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2524-2529.
21. Altman Kenneth N, Stephens Robin M, Lytle Christopher S, Weiss Kevin B. Changing impact of gastroesophagheal reflux in medical and o otolaryngology practice. *Laryngoscope* 2003; 11: 1145- 1153.
22. Maceri Dennis R, Lim Shane. Laryngospasm an atypical manifestation of severe gastroesophageal reflux disease. *Laryngoscope* 2002; 111:1976-1979.
23. Leggett Julian J, Johnstow Brian T, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux in difficult asthma. *Chest* 2005; 127:1227-1231
24. Calhoon William J. Nocturnal asthma. *Chest* 2003; 123 (3): 399S-404S.

25. El-serag Hashen B, Hepworth Edward J, Lee Patty and Sonenberg Amon. Gastroesophageal reflux disease is in risk factor for laryngeal and pharyngeal cancer. Am J Gastroenterol 2001; 96 (7):2013-2018.
26. Bloom Bernard S et al. Time trend in cost of caring for people with gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2001; 96 (8): S 64- S68.
27. Poelmans J, Track J, Feentra L. Chronic middle ear disease and gastroesophageal reflux disease: a causal relative. Otol and Neurol Inc 2001; 22: 447-450.
28. Hogan Walther J. Supraesophageal complications of gastroesophageal reflux. D M 2000; 46 (3):196-228.
29. Poe Robert H, Kallay Michel C. Chronic cough and gastroesophageal reflux disease. Experience with specific therapy for diagnosis and treatment. Chest 2003; 123: 679-684.
30. Haque Rubaiyat A, Usmani Omar S and Barnes Peter J. Chronic Idiopathic Cough. Chest 2003; 127: 1710-1713.
31. Irwin Richard S, Madison Mark. Anatomical diagnostic protocol in evaluating chronics cough with specific referent to gastroesophageal reflux disease. Am J Med 2000; 108 (4 A): 1263-1303.
32. Numans Mattijs E, Lan Joseph, de Wit Alex J, Benis Peter A. Short-term treatment with proton pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease. Ann Intern Med 2004; 140 (7): 518-520.

33. De Meester TR, Bonavina L, Albertucci M. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg* 1986; 204: 9-20.
34. Johnsson F, Roth Y, Damgaard-Pedersen NE et al. Cimetidine improves GERD symptoms in patients selected by a validated GERD questionnaire. *Aliment Pharmacol Ther* 1993; 7:81-86.
35. Carlsson R, Dent J, Bolling-Sternvald E, Johnsson F et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33:1023-1029.
36. Joshua J, Ofman, MD,MSHS, Michael S, MD, Kay S, et al. Identifying patients with gastroesophageal reflux disease. *Digest Dis and Sci* 2002; 47 (8):1863-1869.
37. Rothman M, Farup C, Stewart W, Helbers L, Zeldis J. Symptoms associated with gastroesophageal reflux disease development of questionnaire for use in clinical trials. *Digest Dis and Sci* 2001; 46 (7): 1540-1548.
38. Meining A, Classen M. The role of diet and lifestyle measures in the pathogenesis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2000;95(10): 692-697.
39. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the domestic/Intern Gastroenterology surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999;231 (1);20-28.

40. Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fenerty MB et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management. The Genval Workshop Report. *Gut* 1999;44 (2): S1-S16.
41. Lagergen J, Bergstrom R, Nyren O. No relation between body mass and gastroesophageal reflux symptoms in a Swedish population based study. *Gut* 2000;47 (1):26-29.
42. Bracamontes M, Astorga R, Jiménez M. La laringitis crónica por abuso de voz en pacientes profesionales de la voz, se encuentra asociada con reflujo gastroesofágico no aparente. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2003;16 (2): 64-69

CUESTIONARIO DE ERGE

Folio

Fecha

Nombre: _____

Nº de afiliación _____ Teléfono _____

Edad _____ Sexo ____ Masc. __ Fem. _____

Cuestionario para el Diagnostico de ERGE de Johnsson

1. ¿Nota usted con frecuencia una sensación desagradable, ascendente que se extiende por detrás del esternón?

SI NO

2. ¿Esta sensación se combina a menudo con una sensación de ardor en el pecho?

SI NO

3. ¿Mejoran sus síntomas con antiácidos?

SI NO

4. ¿Ha presentado estos síntomas durante cuatro días o mas durante la última semana?

SI NO

CUESTIONARIO DE ERGE

Folio

Fecha

Nombre: _____

Nº de afiliación _____ **Teléfono** _____

Edad _____ **Sexo** ___ **Masc.** ___ **Fem.** _____

Cuestionario para el Diagnostico de ERGE de Carlsson (> de 4 puntos)

1.- ¿Cuál de los siguientes enunciados describe mejor el malestar principal que siente en su estómago o en medio de su pecho?

(5) ___ Sensación de quemadura o ardor que indica en el estómago o en la parte baja del pecho que sube hacia su cuello.

(0) ___ Mareo o náusea.

(1) ___ Dolor en medio del pecho cuando traga.

(0) ___ Ninguna de las anteriores. Por favor describa su molestia.

2.- De acuerdo con su respuesta anterior, escoja Ud. Lo que mejor describe el momento en el que ocurre la molestia principal:

(-2) ___ En cualquier momento, no mejora ni empeora con alimentos.

(0) ___ La mayoría de las veces, en las siguientes dos horas de haber ingerido alimentos.

(0) ___ Siempre a una hora específica del día o de la noche sin relación alguna con los alimentos.

3.- ¿Qué le sucede a la molestia principal con lo siguiente?

	Empeora	Mejora	Sin cambio
Comida mas abundante de lo normal	___(1)	___(-1)	___(0)
Comida muy grasosa	___(1)	___(-1)	___(0)
Comida picante o condimentada	___(1)	___(-1)	___(0)

4.- ¿Qué efecto tiene los medicamentos para la indigestión sobre la molestia principal?

(0) ___ No mejora

(3) ___ Alivio en los primeros 15 minutos

(0) ___ Alivio después de 15 minutos

(0) ___ No aplica (no toma medicamentos para indigestión)

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UMF 26

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ERGE

Folio

Fecha

5.- ¿Qué efecto tiene acostarse boca arriba, agacharse o doblarse sobre su molestia principal? Marque la que mejor describa su caso:

- (0)___ Ninguno
- (1)___ La desencadena o empeora
- (-1)___ La alivia
- (0)___ No sabe

6.- De las siguientes opciones ¿Cuál describe mejor el efecto de cargar o realizar esfuerzos sobre la molestia principal?

- (0)___ Ninguno
- (1)___ La desencadena o empeora
- (-1)___ La alivia
- (0)___ No sabe

7.- Si algún alimento o líquido de sabor ácido se regresa a la garganta o boca ¿Qué efecto tiene sobre la molestia principal?

- (0) ___ Ninguno
- (1) ___ La desencadena o empeora
- (-1)___ La alivia
- (0)___ No sabe o no aplica (no se le regresan alimentos o líquidos ácidos)



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 26
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

A QUIEN CORRESPONDA:

ANEXO 3

Esta Usted siendo invitado a formar parte de un estudio de investigación y debe decidir si desea participar en él.

El estudio lleva por nombre reflujo gastroesofágico causa frecuente de diagnóstico equívoco en la población usuaria en un primer nivel de atención y se realizará en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la UMF N°26, cuyo objetivo consiste en identificar los diagnósticos equívocos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en la población usuaria.

El presente estudio no conlleva riesgo para su salud, por el contrario le ofrece a usted el reconocer la enfermedad de reflujo gastroesofágico mediante la contestación de las preguntas que se le realizarán y de ser portador de la misma se iniciará el manejo adecuado así como fomentar la modificación de hábitos y formas de vida nocivas para su salud.

Si acepta participar en este estudio es necesario que conteste los cuestionarios que se le proporcionarán.

Su participación en este estudio es voluntaria usted puede elegir no tomar parte en el estudio en caso de decidirlo así la atención médica que usted recibe actualmente no se verá afectada.

“He leído y entendido este formato de consentimiento informado. Todas mis preguntas han sido resueltas y estoy de acuerdo en participar en este estudio”

Nombre: _____ Dirección y teléfono _____

Responsable de la Investigación: Rosa Elbia Garibo Polanco



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 26
CUESTIONARIOS DE ESTUDIO PARA IDENTIFICACION DE ERGE**

ANEXO 4
Folio
Fecha

NOMBRE _____
NO. DE AFILIACION _____ TELEFONO _____

- 1.- Edad _____
2.- Sexo 1. Masculino _____
 2. Femenino _____
3.- Peso _____
4.- Talla _____
5.- IMC _____

6.- HABITOS ALIMENTICIOS

¿Qué alimentos come normalmente?

- 1.- Grasas (alimentos ricos en grasas, frituras, guisados grasosos, etc) _____
2.- Carnes rojas _____
3.- Chile _____
4.- Café _____

7.- OCUPACION

- 1.- Hogar _____
2.- Estudiante _____
3.- Obrero _____
4.- Profesionista _____
5.- Jubilados y pensionados. _____

8.- ALCOHOLISMO

Ingiere bebidas alcohólicas

- 1.- Si _____
2.- No _____

¿Que acostumbra a tomar cervezas, cubas, alcohol u otros? _____

Cuántas toma diariamente _____

Cuántas toma semanalmente _____

Cuántas toma mensualmente _____

9.- TABAQUISMO

¿Fuma usted?

Anexo 4
Folio

1.- Si _____

2.- No _____

¿Cuántos cigarrillos fuma usted?

Diariamente _____

Semanalmente _____

Datos recabados del formato 4-30-8

10.- SINTOMATOLOGIA

1.- Típica

a.- pirosis _____

b.- regurgitación _____

2.- Atípica

a.- disfagia _____

b.- disfonía _____

c.- odinofagia _____

d.- tos crónica _____

e.- precordialgia _____

f.- Hipersialorrea _____

g.- Laringoespasma _____

h.- Broncoespasmo _____

11.-DIAGNOSTICO

a.- DISFAGIA _____

b.- ODINOFAGIA _____

c.- DISFONIA _____

d.- LARINGITIS _____

e.- SINUSITIS _____

f.- BRONQUITIS _____

g.- ASMA BRONQUIAL _____

h.- NEUMONIA _____

i.- DOLOR TORACICO _____

j.- GLOBUS _____

k.- FARINGITIS _____

12.- ESPECIALIDAD INTERCONSULTADA

OTORRINOLARINGOLOGIA _____

NEUMOLOGIA _____

CARDIOLOGIA _____

Responsable de la Investigación Dra. Rosa Elbia Garibo Polanco