



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con
sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas
mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo
durante el periodo 2018 – 2020**

AUTORES:

BARRIGA BARRIGA, YVANA YEAMILETH

VERA ÁLVAREZ, ROMINA ELIZABETH

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

TUTOR:

BRIONES JIMÉNEZ, ROBERTO LEONARDO DR. Mgs.

Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Barriga Barriga, Yvana Yeamileth y Vera Álvarez, Romina Elizabeth**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR

f.  _____
Dr. Roberto Briones Jiménez, Ph

Dr. Roberto Briones Jiménez, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez Juan Luis, Mgs.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

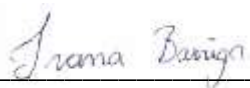
Yo, **Barriga Barriga, Yvana Yeamieth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 - 2020**, previo a la obtención del Título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

LA AUTORA

f. 

Barriga Barriga, Yvana Yeamieth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Vera Álvarez, Romina Elizabeth**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 - 2020**, previo a la obtención del Título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría. En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

LA AUTORA

f. _____

Vera Álvarez, Romina Elizabeth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

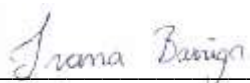
AUTORIZACIÓN

YO, **Barriga Barriga Yvana Yeamileth**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación en la biblioteca de la institución** del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 - 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

LA AUTORA

f. 

Barriga Barriga Yvana Yeamileth



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

YO, Vera Álvarez Romina Elizabeth

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación en la biblioteca de la institución** del Trabajo de Titulación: **Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 - 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

LA AUTORA

f.  _____

Vera Álvarez Romina Elizabeth

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS FINAL 19-08-2021 YVANA BARRIGA - ROMINA VERA.docx (D111471046)
Submitted	8/19/2021 5:34:00 PM
Submitted by	
Submitter email	ivanabarriga_1996@hotmail.com
Similarity	0%
Analysis address	robertobriones.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report

W URL: <https://docplayer.es/107683923-.html>
Fetched: 8/19/2021 5:36:00 PM



TUTOR

id: 
f. Dr. Roberto Briones Jiménez, Ph

Dr. Roberto Briones Jiménez, Mgs.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, al ser supremo, por guiarme a lo largo del camino, por la sabiduría brindada, y por permitirme culminar un gran paso de mi vida.

Agradezco a mis padres Iván Barriga Macías y Sofía Barriga Martínez, porque sin ellos definitivamente esto no hubiese sido posible, con sus ayudas inalcanzables, con sus brazos prestos para dármelos cuando me quería rendir, por las palabras de apoyo, y simplemente por ser ellos mis padres.

A mis hermanos Yul y Milagros por recorrer toda esta etapa conmigo, por alegrarse de mis logros y por ayudarme a levantarme luego de las derrotas.

A mis pastores, Karina Macías y Roberto Arreaga, por cada oración siempre que los necesite me hicieron sentir más cerca de Dios.

A mi tía Juanita Sánchez quien me extendió la mano en el momento que más lo necesite, y por todo el amor que me brindó a través de sus mensajes incluso a pesar de los km de distancia que nos separan.

A mami Carmen por su ayuda.

A mi compañera de tesis, gracias a esa personalidad tan fresca que literalmente con entre risas y a veces disgusto pudimos concluir este trabajo. Gracias por tu amistad y por tu apoyo incondicional.

A mis amigos quienes pude compartir a lo largo de toda mi carrera universitaria e internado que hicieron el camino menos cansado y más lleno de recuerdos y grandes anécdotas.

Y un agradecimiento a todos los docentes que nos brindaron de sus conocimientos y anécdotas. Al Dr. Diego Vásquez por estar siempre presto ayudarnos en este estudio realizado.

BARRIGA BARRIGA YVANA YEAMILETH

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme lograr culminar con éxito esta hermosa y gratificante etapa de mi vida, a mis padres por apoyarme en todo momento, por motivarme a través de su ejemplo a ser mejor cada día, sin ellos nada de esto sería posible, al Dr. Diego Vázquez que siempre estuvo dispuesto a ayudarnos, a mis amigos, sin ellos la carrera no hubiese sido tan divertida y llevadera, y a mi compañera de tesis por ser una gran amiga y pilar fundamental en la elaboración de nuestra investigación, y a las diferentes personas que de una u otra manera se han ido sumando a lo largo de mi carrera. Gracias infinitas.

VERA ÁLVAREZ ROMINA ELIZABETH

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios porque no hay nada que me llene más de satisfacción que decir que todo esto es gracias a él, la fortaleza, la dedicación, la sabiduría, siempre provino de ti, a ti por permitirme llegar hasta una de mis metas.

A mis padres Iván y Sofía, porque, aunque fue duro el camino, jamás me dejaron sola, siempre me brindaron su apoyo desinteresado a lo largo de este camino, estuvieron ahí cuando me vieron caer y me ayudaron a levantarme, sin ustedes nada de esto hubiese sido posible, dentro lo imposible, posible lo hicieron, y esta meta lleva su nombre, siempre estuvieron pendientes de mi a pesar de los pocos km que nos separaron a lo largo de toda esta carrera, gracias infinitas gracias papitos.

Milagros la más pequeña de mi familia, la que siempre me dijo que podía, mi rayito de luz, quien pinta mi cielo de arcoíris.

Yul, mi hermano, quien me ofreció fortaleza a lo largo de toda mi carrera universitaria, quien me felicitaba por cada logro.

Sin duda mi familia de 5 es el mejor apoyo que he tenido dentro de estos 6 años y simplemente agradezco por tanto aguante. Por ustedes y para ustedes. Los amo.

BARRIGA BARRIGA YVANA YEAMILETH

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mi familia y sobre todo a mis padres Luigy Vera y Pilar Álvarez por ser personas incondicionales en todos los momentos de mi vida, por todo el amor y paciencia, por sus consejos, por darme lo mejor siempre, a mis hermanos por cuidarme a lo largo de estos 6 años de universidad, a mis abuelos que, aunque ya no estén físicamente conmigo los recuerdo con mucho amor siempre y les dedico todos mis logros tanto en lo personal y profesional. Los amo mucho.

VERA ÁLVAREZ ROMINA ELIZABETH

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	3
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos	3
2. MARCO TEÓRICO	4
CAPITULO 1: ANTECEDENTES, DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGIA	4
2.1.1 Antecedentes del Reflujo laringofaríngeo	4
2.1.2 Definición	5
2.1.3 Epidemiología	6
CAPITULO 2: SINTOMATOLOGIA CLINICA DEL REFLUJO LARINGOFARÍNCEO, FISIOPATOLOGIA	7
2.2.1 Manifestaciones clínicas	7
2.2.2. Fisiopatología.....	8
CAPITULO 3: DIAGNÓSTICO	9
2.3.1 Diagnóstico.....	9
CAPITULO 4. TRATAMIENTO DEL REFLUJO LARINGOFARINGEO	13
2.4.1. Tratamiento	13
3. MATERIALES Y MÉTODOS	15
Tipo de estudio	15
Población y muestra	15
Criterios de selección.....	15
Criterios de inclusión:	15
Criterios de exclusión:	16
Procedimiento	16
Instrumento	16
Operacionalización de las variables	17

RESULTADOS	18
DISCUSIÓN.....	20
CONCLUSIÓN	23
RECOMENDACIONES.....	24
Glosario:	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
ANEXOS	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Datos estadísticos descriptivos en la población estudiado de Edad y Tiempo de enfermedad	29
Tabla 2.- Porcentaje de sexo en la población estudiada	29
Tabla 3.- Frecuencia de rangos de edades según nuestra muestra estudiada.....	29
Tabla 4.- Frecuencia de RLF según la relación entre edades y sexo	30
Tabla 5.- Presencia de hallazgos laringoscópicos en porcentaje.	31
Tabla 6.- Presencia de síntomas clínicos en porcentaje.	31
Tabla 7.- Correlación entre los hallazgos laringoscópicos y síntomas clínicos.....	32
Tabla 8.- Correlación entre hallazgo laringoscópico (Edema pliegue vocal) y sintomatología clínica (Disfonía)	32
Tabla 9.- Versión traducida del “Reflux Symptom Index”	33
Tabla 10.- Versión traducida del “Reflux finding score”	34

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.- Datos estadísticos descriptivos en la población estudiado de Edad y año del diagnóstico de la enfermedad.....	35
Gráfico 2.- Sexo en población estudiada.....	36
Gráfico 3.- Frecuencia según rango de edades en población estudiada.....	36
Gráfico 4.- Frecuencia de RLF según la relación entre edades y sexo.	37
Gráfico 5.- Presencia de hallazgos laringoscópicos en porcentaje.....	37
Gráfico 6.- Presencia de síntomas clínicos en porcentaje.	38

RESUMEN

Introducción: El Reflujo laringofaríngeo también denominado como extraesofágico es caracterizado por el movimiento retrógrado del contenido gástrico tanto de ácidos y enzimas como la pepsina hacia la laringofaringe y la postura es independiente. **Metodología:** Es un estudio de diseño metodológico no experimental de nivel descriptivo, corte transversal, de tipo observacional y retrospectivo, en el que se recolectó información de las historias clínicas de pacientes en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo con diagnóstico de Reflujo laringofaríngeo en mayores de 18 años durante el periodo 2018 - 2020, relacionando los hallazgos laringoscópicos con los síntomas clínicos. **Resultados:** El 20,20% de pacientes fueron diagnosticados con RLF, en el que se observa una prevalencia del sexo femenino con un porcentaje del 60.6%, el grupo etario más frecuente se registró entre los 71 a 80 años con un porcentaje del 26.2%. Además, se demostró que el hallazgo laringoscópico más común que se manifestó dentro del estudio es el eritema / hiperemia con un 75,50%, y el síntoma clínico fue la disfonía con 66,9%, estableciéndose una correlación de Spearman entre los hallazgos laringoscópicos (tabla de reflux index) y síntomas clínicos. **Conclusión:** Se concluyó con el coeficiente de Spearman asociando dos variables, los hallazgos laringoscópicos y síntomas clínicos, con valores de 0.197 y un nivel de significancia 0.001, el que demuestra una correlación positiva entre ambas variables.

PALABRAS CLAVES: Reflujo laringofaríngeo, hallazgos laringoscópicos, síntomas clínicos, extraesofágico.

ABSTRACT

Introduction: Laryngopharyngeal reflux, also known as extraesophageal, is characterized by the retrograde movement of the gastric content of both acids and enzymes such as pepsin towards the laryngopharynx and the posture is independent. **Methodology:** It is a study with a non-experimental methodological design, with a descriptive, cross-sectional, observational, and retrospective level, in which information was collected from the medical records of patients at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital with a diagnosis of laryngopharyngeal reflux in people over 18 years during the period 2018 - 2020, relating laryngoscopic findings with clinical symptoms. **Results:** 20.20% of patients were diagnosed with LPR, in which a prevalence of the female sex was observed with a percentage of 60.6%, the most frequent age group was between 71 to 80 years with a percentage of 26.2%. In addition, it was demonstrated that the most common laryngoscopic finding manifested within the study is erythema/hyperemia with 75.50%, and the clinical symptom was dysphonia with 66.9%, establishing a Spearman correlation between laryngoscopic findings (reflux index table) and clinical symptoms.

Conclusion: The study was concluded with the Spearman coefficient associating two variables, the laryngoscopic findings, and clinical symptoms, with values of 0.197 and a level of significance 0.001, which shows a positive correlation between both variables.

KEYWORDS: Laryngopharyngeal reflux, laryngoscopic findings, clinical symptoms, extraesophageal.

INTRODUCCIÓN

El Reflujo laringofaríngeo también denominado reflujo extraesofágico es una entidad que cuya base fisiopatológica va de la mano de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), se caracteriza por el movimiento retrógrado del contenido gástrico tanto de ácidos y enzimas como la pepsina hacia la laringofaringe, distinguiéndose del ERGE, el cual se define como el ascenso hacia el esófago de contenido estomacal, en ausencia de náuseas o vómitos además de que la posición es dependiente.

Existen diversas barreras fisiológicas que actúan como un protector de la vía aérea superior del efecto adverso provocado por el reflujo, entre las que se pueden diferenciar: el esfínter esofágico superior e inferior, mucosa gástrica además de las ondas motoras del esófago. En el caso que alguna de las barreras se debilite o falle en su función el epitelio de la laringe posterior pierde su función natural que es barrer moco, y por lo tanto se provoca la acumulación de este. Esta situación genera sensación de descarga posterior y provoca uno de los síntomas como carraspeo laríngeo, el material que es refluído provoca tos y laringoespasma debido a la sensibilidad de los terminales nerviosos de la laringe que es regulado mediante la inflamación local. La fusión de estos factores es capaz de producir eritema, edema, úlceras por contacto y granulomas, los cuales forman parte de los principales hallazgos laringoscópicos que a su vez son responsables de los síntomas clínicos compatibles con el RLF como la voz ronca, el globus faríngeo, disfonía, disfagia y la odinofagia formando parte de la diversa sintomatología y manifestaciones clínicas más frecuentes encontradas en esta investigación. En el Ecuador no existen estudios actualizados acerca de este tema, además de que no todos los servicios de otorrinolaringología del país incluyen en sus consultas el uso del Reflux Symptom Index (RSI) asociándolos con los hallazgos laringoscópicos, por lo que el objetivo de nuestro estudio se basa en dar a conocer la prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 - 2020.

OBJETIVOS

Objetivo General

Estimar la prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en HTMC durante el periodo 2018 – 2020.

Objetivos Específicos

1. Describir los signos laringoscópicos más frecuentes mediante la puntuación del reflux finding score (RFS).
2. Determinar los síntomas más frecuentes en pacientes con reflujo laríngeo faríngeo.
3. Establecer la prevalencia de reflujo laríngeo faríngeo según sexo y edad.
4. Correlacionar los síntomas de reflujo laringofaríngeo con los hallazgos laringoscópicos.

2. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: ANTECEDENTES, DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA

2.1.1 Antecedentes del Reflujo laringofaríngeo

El reflujo laringofaríngeo (RLF) es una manifestación extraesofágica del reflujo gastroesofágico, es una patología diagnosticada de forma insuficiente, la cual provoca manifestaciones clínicas variadas debido a la falta de diagnóstico y abordaje en primera instancia. Por esto se considera una patología de gran importancia para la salud pública por su gran impacto en la calidad de vida, perjudicando la capacidad de trabajo y aumentando pérdidas financieras a nivel sanitario. (3)

Los síntomas típicos de la RLF incluyen disfonía, globus faríngeo, disfagia leve, tos crónica y carraspeo no productivo. La evaluación diagnóstica incluye un examen por video de laringoscopia, que permite a los médicos buscar signos sugestivos, aunque no específicos de reflujo. (4)(5)(1)

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, se realizó una investigación observacional, transversal, se llegó a la conclusión que las edades más frecuentes en presentar sintomatología clínica son entre los 50 y 59 años de edad, siendo un porcentaje del 29,8% en el sexo masculino y en el sexo femenino un 64,9%, los síntomas con mayor predominancia fueron disfonía, tos, y carraspera, pero mediante hallazgos laringoscópicos el 97,9% de pacientes manifestaron eritema de aritenoides y un 87,2% de edema de bandas ventriculares. (6)

Datos recopilados mediante un cuestionario estructurado con el índice de puntuación de reflujo (RSI) y puntuación de hallazgo de reflujo (RIS). La tabla de RSI se le entregó al paciente para leer y responder a las preguntas, la puntuación de 13 en el RSI se consideró como diagnóstico. Todos los pacientes con RSI 13 luego se sometieron a laringoscopia para establecer su RIS. Las

evaluaciones se realizaron con un laringoscopio rígido para aquellos pacientes que no pudieron ser evaluados con laringoscopio rígido, el investigador principal realizó un nasofaringoscopia flexible, un total de RSI de 7 se consideró como diagnóstico, en los resultados de 256 participantes, los hombres representaban el 51,2%. La mayoría de los participantes pertenecen al grupo de edad de 28 a 37 años 24,2%. Los síntomas más comunes fueron la sensación de Globus.95,7%, seguido de ronquera 88,1% mientras que el menos común fue dificultad para tragar 14,9%. (3)

2.1.2 Definición

El reflujo laringofaríngeo (RLF) es una entidad de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. (7). La enfermedad por reflujo gastroesofágico aparece cuando se produce el reflujo retrogrado del contenido gástrico en el esófago. Se han identificado dos grandes grupos que incluyen, los esofágicos y los extra-esofágicos. Existen dos tipos de síndromes: el esofágico, y el extraesofágico. Entre los diferentes síndromes esofágicos se encuentra el síndrome de reflujo típico y de dolor retroesternal por reflujo, esofagitis por reflujo, estenosis por reflujo, esófago de Barrett y adenocarcinoma esofágico. En el grupo de síndromes extra-esofágicos incluyen: tos por reflujo, laringitis por reflujo, asma y erosiones dentales. (8)

El reflujo laringofaríngeo, es una patología causada por el daño del epitelio de la laringe, también incluido la orofaringe generando complicaciones como el flujo retrógrado de contenido gástrico, por arriba del esfínter esofágico superior hacia el complejo. Es una condición de los tejidos del tracto aerodigestivo superior relacionado con el efecto directo e indirecto del reflujo del contenido gastroduodenal, que induce cambios morfológicos y manifestaciones clínicas a nivel de este complejo. (9)

2.1.3 Epidemiología

La prevalencia de la enfermedad por reflujo Gastroesofágico (ERGE) se estimó mediante la presencia de síntomas típicos como pirosis y regurgitación. Alrededor de un 40 a 80% de los pacientes que presentan síntomas de reflujo laringofaríngeo y de la voz, presentan ERGE siendo la causa o un factor etiológico primario. Mediante un estudio realizado en el occidente, se mostró una prevalencia de un 10 a 20% en Asia. En Asia, el predominio de ERGE es más bajo a la de Europa y América del norte, siendo alrededor de un 2,5% y 6,7%(10) La alta prevalencia de ERGE, y por lo tanto de síntomas molestos mientras se padece esta patología desencadena impactos sociales importantes, que afectan negativamente la productividad laboral y muchos otros aspectos relacionados con la calidad de vida para los pacientes. (11)

Hay datos relativamente limitados sobre la prevalencia del reflujo laringofaríngeo (RLF). La incidencia y la prevalencia son inexactas y difíciles de estimar en todo el mundo debido a la falta de criterios de diagnóstico. (9)

El consenso de Montreal, en el año 2006, estableció la existencia de las manifestaciones típicas del RLF que se expresan con tos, laringitis, asma y erosiones dentales (12).

CAPITULO 2: SINTOMATOLOGIA CLÍNICA DEL REFLUJO LARINGOFARÍNGEO, FISIOPATOLOGIA

2.2.1 Manifestaciones clínicas

El RLF, que corresponde a una variante de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), es una de las condiciones más comúnmente diagnosticadas en la práctica de la otorrinolaringología. La enfermedad RLF se desarrolla después de cambios macroscópicos y microscópicos de la mucosa del tracto aerodigestivo superior. La irritación de la mucosa conduce a una reacción inflamatoria y a una hipersecreción de moco seco (pegajoso), ya que la pepsina disminuye la mucina y la secreción de bicarbonato. La acumulación de moco pegajoso desencadena síntomas como la sensación de goteo postnasal, la sensación de globo y el carraspeo, lo que provoca tos y asfixia, la inflamación de la mucosa del tracto aerodigestivo superior puede inducir disfagia en el 71% de los casos siendo el síntoma más predominante en el reflujo laringofaríngeo. Al menos el 75% de la sintomatología mencionada se presenta en la mayoría de los pacientes con reflujo laringofaríngeo (9)(12).

El RLF también se ha asociado con síntomas de obstrucción nasal, granulomas de las cuerdas vocales, laringoespasma, edema, y pólipos vocales. Algunos creen que la irritación laríngea crónica puede explicar el desarrollo de carcinoma laríngeo en pacientes sin antecedentes de consumo de alcohol o tabaquismo, aunque esto no se ha comprobado. La mayoría de los pacientes desconocen relativamente esta patología y solo aproximadamente el 35 por ciento informa acidez estomacal (13).

2.2.2. Fisiopatología

El reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología multifactorial, resulta como consecuencia de la interacción de distintos factores en el tracto gastrointestinal superior, comparte relación con el mecanismo fisiopatológico del reflujo laringofaríngeo (RLF) sin embargo hay ciertas características que lo diferencian. La condición clínica del ERGE es la presencia de acidez estomacal, siendo observada en el 40% de los pacientes con RLF, teniendo en cuenta que el principal problema del ERGE es una disfunción del esfínter esofágico inferior, por el contrario, en el RLF ocurre principalmente como un problema del esfínter esofágico superior que ocurre principalmente en la posición erguida durante los periodos de esfuerzos físicos.

El reflujo laringofaríngeo (RLF) a pesar de no estar establecido su mecanismo patológico, porque comparte el factor multifactorial del ERGE, existen diferentes causas que pueden generar la aparición de esta patología, siendo síntomas laríngeos directa o indirectamente. El mecanismo directo implica la irritación de la mucosa laríngea por el reflujo a través de la acción de los materiales cáusticos (es decir, ácido, pepsina) sobre los tejidos. El mecanismo indirecto implica la irritación de otras estructuras como el esófago por reflujo que no llega a los tejidos laríngeos; esta irritación evoca reflejos laríngeos que luego causan un cambio mediado vagalmente (tos crónica, síntomas similares al asma a través de broncoconstricción). Independientemente de la vía, factores como el tono de reposo de los esfínteres esofágicos superior e inferior y la duración y magnitud de los aumentos de la presión intraabdominal son importantes para la creación del bolo de reflujo (13).

La función principal de la laringe es actuar como esfínter para proteger las vías respiratorias inferiores de la aspiración de material destinado al estómago. En un sistema ideal, el reflujo nunca llegaría a la laringe porque se detectaría en la laringofaringe y una tos protectora ayudaría a mantenerlo fuera del introito laríngeo. Pero el reflujo llega a las cuerdas vocales y a través de ellas en algunos pacientes (13).

CAPITULO 3: DIAGNÓSTICO

2.3.1 Diagnóstico

El diagnóstico de RLF se basa en una combinación de antecedentes del paciente relacionados con síntomas comunes de RLF con hallazgos laringoscópicos asociados con RLF. Los críticos de esta estrategia señalan la alta prevalencia de estos hallazgos en la población general (13).

La mayoría de las investigaciones clínicas que han estudiado síntomas y signos de RLF han utilizado el índice de síntomas de reflujo (RSI) y el puntaje de hallazgos de reflujo (RFS) como herramientas clínicas diagnósticas. De hecho, una revisión sistemática reciente mostró que los 11 síntomas descritos en ISR y los 8 hallazgos descritos en RFS son los resultados clínicos evaluados con mayor frecuencia. (9)

El RSI (tabla. 9), es un instrumento de resultado de nueve ítems basado en criterios clínicos, se desarrolló inicialmente para documentar la mejoría de los síntomas de los pacientes con RLF. Se considera una herramienta fácilmente autoadministrable que los pacientes pueden completar en un minuto. La escala contiene nueve elementos individualmente que van de 0 (sin problema) a 5 (problema grave) (14).

Se utiliza la puntuación de hallazgos de reflujo (tabla. 10) que documenta la gravedad de los síntomas. La escala se basa en los hallazgos durante la laringoscopia con fibra óptica. Esta escala contiene ocho variables, los elementos individuales se puntúan, con una puntuación total que varía de 0 (sin anomalías resultados) hasta un máximo de 26 (peor pronóstico). Por último, se ha descrito que un individuo con una puntuación por encima de siete tiene RLF (14).

La puntuación de los hallazgos de reflujo es una medida semi objetiva de los hallazgos en el examen de la laringoscopia que puede usarse para documentarlo en el diagnóstico inicial y evaluar la respuesta al tratamiento. Se ha utilizado una combinación de la RFS y el índice de gravedad del reflujo

(RSI) para diagnosticar a los pacientes y controlar la respuesta a la terapia con inhibidores de la bomba de protones (IBP) (13).

En el 2018 las dos técnicas más utilizadas para hacer el diagnóstico consistieron en el uso de la impedancia phmetria y de los ensayos terapéuticos empíricos (utilizado sobre todo en países o servicios de salud donde no dispongan de phmetria), a pesar de aquello en la actualidad cada vez está tomando más fuerza la utilización de pepsina como un biomarcador de diagnóstico de RLF (9).

A) La pHmetría / impedancia de 24 horas

Es una técnica ambulatoria para la valoración del reflujo gastroesofágico, por medio de la que se puede detectar los episodios de reflujo en cuanto a duración, frecuencia, y relación con los síntomas del paciente (7).

La medición ambulatoria del pH-impedancia esofágica de 24 h se recomienda en los casos de ERGE refractaria para detectar si un tipo de reflujo no ácido provoca los síntomas persistentes refractarios a IBP y con manifestaciones extraesofágicas. (15).

B) Ensayo terapéutico empírico.

La poca disponibilidad de la impedancia phmetria en muchos países y hospitales, ha llevado a que un número considerable de otorrinolaringólogos basen su diagnóstico en los ensayos terapéuticos empíricos (9). La aplicación de este enfoque implica la utilización de algunas puntuaciones clínicas para el diagnóstico (reflux score index y/o reflux finding score), seguido de tratamiento con recomendaciones dietéticas e IBP durante 3 o 6 meses y luego reevaluación del estado clínico. En el momento de la reevaluación se debe tener en cuenta cuales son los criterios que nos indican mejora y por ende que el test empírico es positivo, los criterios incluyen mejora del 50% de los síntomas después del tratamiento (reducción de 3 puntos en el reflux

finding score, como una reducción de 5 o 6 puntos en el reflux score index) después de 3 o 6 meses de tratamiento (16).

El diagnóstico de pacientes que no responden sigue siendo incierto y requiere exámenes adicionales (impedancia MII-pHmetría). En general, el diagnóstico clínico sigue siendo difícil ya que la mayoría de los síntomas de RLF se pueden encontrar en todas las condiciones que afectan la mucosa laringofaríngea, como alergias, adicción (alcohol, tabaco y drogas), inhaladores para el asma, irritantes ambientales, mala higiene vocal, disfonía (9).

C) Papel de la pepsina

La pepsina es una forma activa de pepsinógeno, una enzima peptidasa excretada por las células glandulares (células principales) del estómago. La pepsina digiere las proteínas mediante la hidrólisis de los enlaces peptídicos. A medida que se escapa del estómago junto con otros contenidos gástricos, la pepsina daña las membranas mucosas de las estructuras con las que entra en contacto. En los últimos años, numerosos estudios han examinado los mecanismos de defensa del tracto respiratorio superior, demostrando que la anhidrasa carbónica isoenzima III (CAIII) cataliza la hidratación reversible del dióxido de carbono produciendo iones de bicarbonato, este proceso facilita la alcalinización del entorno local, lo que lleva a la desactivación de la pepsina mediada por CAIII y protege la mucosa de las vías respiratorias superiores, en caso de RLF este proceso está encaminado a repetirse frecuentemente, por lo que la pepsina en grandes cantidades y de forma repetitiva disminuirá los niveles de CAIII, lo que conduce a un deterioro de la función de las células mucosas de las vías respiratorias superiores (7).

El RLF que da lugar a la transferencia de pepsina a la garganta predispone a la inflamación crónica y puede conducir al desarrollo de un proceso neoplásico, se ha examinado la concentración de pepsina en tejidos extraídos de las cuerdas vocales con leucoplasia. Gong y col. en un estudio examinaron veintiséis pacientes dentro de un grupo, mientras que el grupo de control

consistió en preparaciones laringeas saludables recolectadas del difunto 6 horas después de la muerte. El estudio mostró niveles elevados de pepsina en tejidos con leucoplasia, lo que corrobora los efectos de la RLF en el desarrollo de lesiones precancerosas (7). La Detección de pepsina se realiza mediante análisis de saliva, o biopsias en faringe o laringe (que es más sensible pero invasiva) (9).

La confiabilidad de la detección de pepsina depende de la técnica de inmunoensayo, ELISA o Western blot, y el resultado puede ser negativo o positivo, finalmente se sugiere que recolección de la muestra de saliva sea en la mañana (16).

CAPITULO 4. TRATAMIENTO DEL REFLUJO LARINGOFARÍNGEO

2.4.1. Tratamiento

La terapia de la RLF abarca varios pasos, dentro de los que están la modificación del estilo de vida con medidas dietéticas, terapia con medicamentos (IBP) y en caso de ser necesario una intervención quirúrgica (17).

A) Modificaciones de estilo de vida

Se pueden tomar las siguientes medidas para modificar el estilo de vida: Reducción de peso corporal, reducción de alimentos picantes y ricos en carbohidratos, y grasas, reducción del consumo de alcohol y café y dormir con la parte superior del cuerpo elevada (17).

B) Inhibidores de la bomba de protones

El mecanismo terapéutico es inhibir la $H^+ -K^+ -ATPasa$ producido por las células de la pared del estómago, reduciendo la secreción de ácido gástrico y por ende la actividad de la pepsina y así bloquear la respuesta inflamatoria y el daño directo a la garganta. Sin embargo, la eficacia de los IBP en el tratamiento del reflujo laringofaríngeo ha sido controvertida durante mucho tiempo (18).

En pacientes con RLF, el reflujo se manifiesta en el tracto gastrointestinal superior (laringe / faringe) en contraste con el clásico ERGE con esofagitis típica. Debido a la mayor susceptibilidad de la membrana mucosa de la laringe / faringe en comparación con el esófago, la terapia para RLF difiere de la ERGE ya que, en esta patología, se recomienda la administración de IBP en el doble de la dosis estándar como terapia inicial por un período de 3 a 6 meses (17).

Se debe personalizar el tratamiento al perfil de reflujo del paciente (dieta, cambios de estilo de vida, reflujo ácido, no ácido, mixto (9).

C) Tratamiento de primera línea

El tratamiento de RLF de primera línea combina dieta, IBP, alginato de sodio (reflujo ácido o mixto), magaldrato (reflujo biliar). Los medicamentos de alginato se usan especialmente en caso de reflujo no ácido, mixto o en pacientes con síntomas posprandiales. La combinación de magaldrato (después de las comidas) y alginato antes de acostarse puede ser útil para muchos pacientes (9).

D) Tratamiento de segunda línea

Los antagonistas de los receptores H₂ (a la hora de acostarse) solo se recomiendan como tratamiento de segunda línea en pacientes con RLF y ERGE, o respuesta parcial a los IBP. Finalmente, los pacientes resistentes deben ser evaluados principalmente por mal cumplimiento del tratamiento ya que en varios estudios se ha evidenciado que el fracaso terapéutico se debe a que los pacientes no toman adecuadamente su tratamiento de IBP. En caso de resistencia a largo plazo se debe plantear diagnósticos diferenciales, o valorar la realización de una cirugía (9).

E) Intervención quirúrgica

La intervención quirúrgica es una opción terapéutica para los pacientes con RLF con falla a la terapia con medicamentos o para quienes no toleraran la medicación a largo plazo. La funduplicatura laparoscópica de Nissen (FLN) se utiliza en caso de RLF refractario a las terapias de primera línea a pesar de la medicación en dosis súper altas (17).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

En el presente estudio se utilizó un diseño metodológico no experimental de nivel descriptivo, de corte transversal, de tipo observacional y retrospectivo, para caracterizar la Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el HTMC durante el periodo 2018 - 2020.

Población y muestra

La población estuvo conformada por un total de pacientes atendidos en el área de consulta externa del servicio de otorrinolaringología en el hospital Teodoro Maldonado Carbo dentro del período del 2018 al 2020, del cual la población actual es de 1405, en el que se obtuvo una muestra de 302 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión con el fin de estudiar la prevalencia de reflujo laringofaríngeo mediante la relación de sintomatología clínica con hallazgos laringoscópicos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que se hayan realizado una laringoscopia en el servicio de ORL.
2. Pacientes mayores de 18 años.
3. Todos los pacientes que presentaron síntomas de reflujo laringofaríngeo, así como hallazgos positivos en la laringoscopia.
4. Pacientes que tengan los datos de historias clínicas completas.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes con hallazgos de reflujo laringofaríngeo mediante una VEDA u otro estudio.
2. Pacientes menores de 18 años.
3. Pacientes con trastornos laríngeos orgánicos.
4. Pacientes que tengan historia clínica incompleta.
5. Pacientes atendidos por RLF en otros servicios que no sean de ORL.

Procedimiento

La información fue recopilada por medio de una tabla de recolección de datos de pacientes que presentaron hallazgos clínicos y laringoscópicos con diagnóstico de reflujo laringofaríngeo y que cumplan los criterios de inclusión propuesto en el estudio.

Instrumento

Se realiza una tabla de recolección de datos de pacientes en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 - 2020, dentro de la dependencia de Otorrinolaringología utilizando como CIE 10 el K219, en los cuales se haya realizado una endoscopia laríngea. Además, se prosiguió a revisar las historias clínicas de nuestra investigación para la tabulación según la información de los pacientes que presentaron reflujo laringofaríngeo, lo cual fueron recolectados en una hoja de datos usando el programa Microsoft Excel Professional.

Los datos además fueron procesados mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 22 que nos permitió poder realizar las tablas y gráficos y por último establecer las correlaciones entre las variables de estudio.

Operacionalización de las variables

En cada historia clínica se buscaron los siguientes datos: sexo, edad, diagnóstico clínico, diagnóstico laringoscópico.

NOMBRE VARIABLES	DEFINICIÓN DE LA VARIABLE	TIPO	RESULTADO
Diagnóstico Endoscópico	Score de hallazgos Endoscópicos de Reflujo laringofaríngeo	Categoría Cualitativa Nominal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Pseudosulcus • Obliteración del ventrículo • Eritema/Hiperemia • Edema pliegue vocal • Edema laríngeo difuso • Hipertrofia de comisura posterior • Granuloma • Moco endolaríngeo
Diagnóstico Clínico	Conjunto de síntomas que se presentan en alguna patología	Categoría Cualitativa Nominal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • Odinofagia • Disfagia • Disfonía • • Globus faríngeo Tos crónica
Momento del diagnóstico de la enfermedad	Año en el que se diagnosticó la enfermedad mediante laringoscopia	Categoría Cualitativa Ordinal Politémica	<ul style="list-style-type: none"> • 2018 • 2019 • 2020
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta la actualidad	Númerica Cuantitativa Intervalo Discreta	>18 años

RESULTADOS

Se analizaron las historias clínicas del servicio de otorrinolaringología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2018 al 2020, con una población de 1405, y una muestra de 302 pacientes los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, mediante un análisis simple se calculó que el 20,20% de los pacientes que corresponde a la muestra fueron diagnosticados con RLF además de tener una correlación con los síntomas clínicos y hallazgos laringoscópicos.

Se obtuvo una media de edad de 57 años, con un rango entre los 18 y máximo 93, en el cual se estableció una desviación estándar $\pm 18,27$. La media según el tiempo de la enfermedad es 2018 establecido en un rango entre el 2018 al 2020, siendo la desviación estándar $\pm 0,739$ (**Tabla 1° - Gráfico 1°**).

Se observa la prevalencia de RLF por sexo, siendo el sexo femenino más prevalente con un total de 183 pacientes que corresponde a un porcentaje del 60,6%. (**Tabla 2° - Gráfico 2°**)

El rango de edad con mayor frecuencia se registró desde los 71 a 80 años con un porcentaje del 26,2%. (**Tabla 3° - Gráfico 3°**).

Se obtuvo que las edades más frecuentes según sexo femenino son entre los 41 a 50 años, y el sexo masculino se da entre los 71 a 80 años, siendo las edades más frecuentes para desarrollar reflujo laringofaríngeo representando el mayor número de pacientes. (**Tabla 4° - Gráfico 4°**)

Mediante los hallazgos laringoscópicos de la población estudiada que cumple con los criterios de inclusión, el que presenta mayor porcentaje el eritema o hiperemia con 75,50% (228), seguido por el edema laríngeo difuso 56,30% (170), edema de pliegue vocal con 33,8% (102), hipertrofia de comisura posterior 8,90%(27), granuloma 7,90% (24), moco endolaringeo 3,30% (10), pseudosulcus 2% (6), y el menos común presentándose en un solo paciente es la obliteración de ventrículo con un porcentaje del 0,30%. **Tabla 5° - Gráfico 5°**)

Se determinó los resultados de síntomas clínicos que forman parte del diagnóstico de reflujo laringofaríngeo, presentando la mayor cantidad de pacientes disfonía con un porcentaje del 66.9% (202), odinofagia 32,8% (99), carraspeo 26,5% (80), disfagia 17,7% (53), globus faríngeo 13,2% (40) y tos crónica 9,3% (28). **(Tabla 6°- Gráfico 6°)**

Se realizó el coeficiente de correlación de Spearman entre los hallazgos laringoscópicos (tabla de reflux index) y síntomas clínicos, en el que se estableció un nivel de significancia entre ambas variables de ,001. **(Tabla 7°)**

Se estableció una correlación de Spearman, asociando la disfonía que es un hallazgo clínico con edema de pliegue vocal (hallazgo laringoscópico), en donde se obtuvo una correlación de 0.220 un resultado de significancia de 0,000. **(Tabla 8°)**

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la presente investigación tuvieron como objetivo principal estimar la prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el HTMC durante el periodo 2018-2020, la población presente en los años del estudio es de 1495, de la que se obtuvo una muestra de 302 pacientes, los cuales cumplían con el diagnóstico de reflujo laringofaríngeo previamente evaluados por laringoscopia. En base al objetivo principal se obtuvo un resultado de 20.20% es decir 302 casos de RLF que cumplieron con los criterios de inclusión planteados en el estudio, lo que coincide con estudios previos como los de Willybroad et al. (1), con una muestra de 256 participantes, dando como resultado una prevalencia de 18,4% sin predilección por sexo concordando con nuestra investigación.

En la presente investigación se encontró que la relación entre hallazgos laringoscópicos y sintomatología de reflujo laringofaríngeo predomina en el sexo femenino (60.6%), lo que concuerda en una parte con el estudio de Cordero et al. (2), realizado en el Hospital de Nacional Arzobispo (Perú) donde se observó que el 64,8% perteneció al sexo femenino, cabe recalcar que la muestra del estudio es de 94 pacientes, menor que a la presente investigación. Sin embargo, en cuanto a los rangos de edades se encuentra una discrepancia, ya que el grupo etario con mayor prevalencia en el estudio de Cordero et al. está comprendido en el intervalo de edades entre 50 a 59 años (29,8%), mientras que en nuestra investigación fue entre los 71 a 80 años (26.2%)(2).

Sin embargo, comparamos el grupo etario predominante con el estudio de Nikolaos et al.(3), realizado en base de cuestionarios en la población Griega con una población seleccionada de 340 participantes la cual representa una muestra más parecida a la de nuestra investigación, con dicha cantidad encuestados resultó que la edad media de los participantes fue de $46,86 \pm$

14,54 años. La mayoría de los participantes pertenecían al grupo de edad de 35 a 49 (131 sujetos), mientras que los grupos de edad > 80 y <20 estaban pobremente representados, a pesar de tener muestras similares, el rango de edad de nuestra investigación está representando por paciente entre 71 a 80 años, con una edad media de 56,90 \pm 18,27 (3).

Dentro de la realización de nuestra investigación, se escogió a el índice de hallazgos de reflujo (reflux finding score) para que formara parte de las variables a analizar, este índice se basa en los hallazgos obtenidos por laringoscopia que sugieren la enfermedad de reflujo laringofaríngeo, lo que en su mayoría va de la mano con las manifestaciones clínicas de los pacientes, las variables que comprende esta escala son: pseudosulcus, edema subglótico, obliteración de ventrículo, eritema/hiperemia, edema en pliegue vocal, edema laríngeo difuso, hipertrofia de comisura posterior, granuloma, moco endolaríngeo. Los signos en la laringoscopia que se encontraron con mayor frecuencia fueron eritema o hiperemia con 75,50% (228), seguido por el edema laríngeo difuso 56,30% (170), edema de pliegue vocal 33,80% (102); estos hallazgos están acorde a lo postulado por Cordero et al. previamente citado, quienes mencionan que la mayor parte de los hallazgos laringoscópicos fueron eritema de aritenoides (97,9%) y edema de bandas ventriculares (87,2%); lo que reafirma la importancia de la detección de los signos característicos de RLF en el momento de la laringoscopia. (2).

En base a la revisión de las historias clínicas encontramos que los síntomas más frecuentes presentes en la población estudiada son: odinofagia, disfagia, disfonía, globus faríngeo, tos crónica, carraspera, siendo la disfonía 66,9%, odinofagia 33,8%, y carraspera 26,5% los síntomas más prevalentes, en contraste con el estudio de Willybrood et al. realizado en el Muhimbili National Hospital (Tanzania, África) donde los síntomas más comunes fueron sensación de globo, ronquera y carraspera con un 95,7%, 88,1% y 83,0% respectivamente (1).

Entre las ventajas del estudio se puede recalcar que todos los pacientes eran diagnosticados con RLF desde la dependencia de otorrinolaringología, lo cual sirve para demostrar que a pesar de que el RLF tenga su base fisiopatológica en la ERGE se puede tratar como otra entidad sin desligarse de su origen principal, necesitando ser tratada y diagnosticada mediante laringoscopia lo cual le compete a la respectiva especialidad.

Dentro de la realización de la investigación se denotó desventajas como la poca información actualizada acerca del RLF lo que repercute en el desconocimiento y poca importancia de la enfermedad y en el mal manejo llegando esto a afectar la calidad de vida de los pacientes, dentro de la revisión de las historias clínicas encontramos que algunos pacientes fueron diagnosticados con la enfermedad de RLF sin haberse realizado la laringoscopia, pudiendo ser esto puerta para diagnósticos erróneos retrasando un tratamiento correcto y así evitar alargar la evolución de la enfermedad y progresión de las complicaciones, dichas historias clínicas fueron desechadas por no cumplir criterios de inclusión.

CONCLUSIÓN

El RLF es una manifestación extraesofágica del ERGE, muy frecuente dentro de la población general, que a pesar de su alta prevalencia no se la estudia como una enfermedad de gran impacto, lo que repercute en el mal diagnóstico y manejo. La prevalencia de hallazgos laringoscópicos asociado con síntomas clínicos en pacientes con diagnóstico de reflujo laringofaríngeo atendidos en el HTMC, fue el 20.20%, y en base aquello se determinó que el sexo que proporcione un porcentaje más alto es el femenino, también se determinó que la mayor concentración de casos de la enfermedad estuvo entre los 71 a 80 años. Por otra parte, el hallazgo laringoscópico más frecuente es el eritema o hiperemia con 75,50%, y el síntoma clínico más prevalente dentro de la población estudiada fue disfonía con el 66.9% y el menos común es la tos crónica con un 9,3%.

Se realizó un coeficiente de Spearman asociando dos variables, los hallazgos laringoscópicos y síntomas clínicos, con valores de 0.197 y un nivel de significancia 0.001, el que demuestra una asociación positiva entre ambas variables.

RECOMENDACIONES

1. Estandarizar un protocolo de diagnóstico y tratamiento que sirva de guía para el correcto manejo de la enfermedad de reflujo laringofaríngeo por parte del departamento del servicio de otorrinolaringología del hospital Teodoro Maldonado Carbo.
2. Promover el mayor uso de la tabla de Reflux Finding Score (RFS) en todos los pacientes sometidos a la laringoscopia, para que de esta forma se clasifique correctamente la gravedad de la enfermedad y en base a esto el tratamiento y así evitar recurrencias, mejorando la calidad de vida del paciente.
3. Utilizar el Reflux Symptom Index (RSI) como herramienta para la descripción de las manifestaciones clínicas de los pacientes con reflujo laringofaríngeo.
4. Fortalecer la capacitación médica mediante información actualizada sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, para disminuir el tiempo entre el diagnóstico acertado y tratamiento y así descongestionar la red de espera, y solucionar de una forma más eficaz los problemas de salud.
5. Debido a la alta prevalencia de esta enfermedad, se sugiere que en próximos estudios se analice los factores de riesgos comunes en la población estudiada y que esto sirva para elaborar un esquema de prevención que se utilice como parte fundamental en las consultas del área de ORL.
6. Utilizar ensayos terapéuticos empíricos como RFS y/o RSI en establecimientos de salud que no dispongan de phmetría.

REFERENCIAS

1. Versión I. Archivos Internacionales de Otorrinolaringología Comparación entre la puntuación del hallazgo de reflujo y el índice de síntomas de reflujo en la práctica de la otorrinolaringología. SCIELO [Internet]. 2021;2-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48642016000300218
2. Cordero Pinedo F, Cordero Tito L. Correlación entre la sintomatología y los hallazgos laringoscópicos en pacientes con cuadro clínico de reflujo faringolaríngeo en un hospital nacional de tercer nivel. Acta Medica Peru. 2019;35(4):1-8.
3. Massawe WA, Nkya A, Abraham ZS, Babu KM, Moshi N, Kahinga AA, et al. Laryngopharyngeal reflux disease, prevalence and clinical characteristics in ENT department of a tertiary hospital Tanzania. World J Otorhinolaryngol - Head Neck Surg [Internet]. 2021;7(1):28-33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2020.04.009>
4. Deschler ADG. Reflujo laringofaríngeo. UP TO DATE [Internet]. 2021;1-22. Available from: [https://www21.ucsf.edu.ec:2065/contents/laryngopharyngeal-reflux/print?search=reflujo laringofaríngeo&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1](https://www21.ucsf.edu.ec:2065/contents/laryngopharyngeal-reflux/print?search=reflujo%20laringofar%C3%ADngeo&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1)
5. Medina Suárez M, Medina Santisteban LR. Respuesta al tratamiento en pacientes con enfermedad por reflujo Faringo-Laringeo. Puerto Padre, Cuba. J Sci Res Rev Cienc e Investig [Internet]. 2016;1(1):18-25. Available from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Dialnet-RespuestaAlTratamientoEnPacientesConEnfermedadPorR-6118764.pdf>
6. Cordero Pinedo F, Cordero Tito L. Correlación entre la sintomatología y los hallazgos laringoscópicos en pacientes con cuadro clínico de reflujo

- faringolaríngeo en un hospital nacional de tercer nivel. *Acta Medica Peru* [Internet]. 2019;35(4):223–8. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172018000400006
7. Kowalik K, Krzeski A. The role of pepsin in the laryngopharyngeal reflux. *Otolaryngol Pol* [Internet]. 2017;71(6):7–13. Available from: <https://otolaryngologypl.com/resources/html/article/details?id=157672&language=en#article-details-id=157672%23r26>
 8. F.Huerta-Igaa,* ,M.V.Bielsa-Fernándezb,J.M.Remes-Trochec MAV-DLT. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: recomendaciones de la Asociación Mexicana de Gastroenterología & . *Asoc Mex Gastroenterol* [Internet]. 2016;81(4):208–22. Available from: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090616300350>
 9. Lechien JR, Saussez S, Karkos PD. Laryngopharyngeal reflux disease: Clinical presentation, diagnosis and therapeutic challenges in 2018. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;26(6):392–402.
 10. Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. ♦REVISIÓN Gastroesophageal Reflux Disease Review (GERD) Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2016;46(2):160–72. Available from: www.actagastro.org
 11. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2017;51(6):467–78. Available from: <https://gastrolat.org/DOI/PDF/10.0716/gastrolat2018n3000.03.pdf>
 12. Olavarría L C, Cortez V P. Reflujo faringolaríngeo: Revisión de los nuevos métodos diagnósticos. *Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello*. 2015;75(1):61–6.
 13. Daniel G Deschler, MD F. 15/6/2021 Reflujo laringofaríngeo - UpToDate. UP TO DATE [Internet]. 2021;1–21. Available from: <https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/laryngopharyngeal->

reflux?search=reflujo

faringolaringo&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H6

14. Boom L, Edens M, Rinia B. Reflux finding score and reflux symptom index as potential predictors for proton pump inhibitor response in globus pharyngeus patients: A prospective study. *Auris Nasus Larynx* [Internet]. 2020;47(4):609–15. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.02.002>
15. Pérez de la Serna y Bueno J, Ruiz de León San Juan A. Phmetría/impedancia-phmetría de 24 horas. *Rev Esp Enfermedades Dig* [Internet]. 2015;107(4):243. Available from: <file:///C:/Users/HP/Downloads/scielo.pdf>
16. Lechien JR, Akst LM, Hamdan AL, Schindler A, Karkos PD, Barillari MR, et al. Evaluation and Management of Laryngopharyngeal Reflux Disease: State of the Art Review. *Otolaryngol - Head Neck Surg* (United States) [Internet]. 2019;160(5):762–82. Available from: <https://sci-hub.se/10.1177/0194599819827488>
17. Reiter R, Heyduck A, Seufferlein T, Hoffmann T, Pickhard A, Reflux L. Laryngopharyngealer Reflux Laryngopharyngeal Reflux Einleitung Diagnostik Prävalenz. *Thieme* [Internet]. 2018;97(4):238–45. Available from: <https://sci-hub.se/10.1055/s-0044-100794>
18. Liu X, Jiang Y, Luo H, Liu H. Proton pump inhibitors for the treatment of laryngopharyngeal reflux disease: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2020;99(49):e23297. Available from: <https://sci-hub.se/10.1097/MD.0000000000023297>

Glosario

RLF: Reflujo laringofaríngeo.

ERGE: Enfermedad de reflujo gastro esofágico.

ORL: Otorrinolaringología.

RFS: Reflux finding score.

RSI: Reflux Symptom Index.

IBP: Inhibidores de la bomba de protones.

FLN: Funduplicatura laparoscópica de Nissen.

ANEXOS

Tablas

Tabla 1.- Datos estadísticos descriptivos en la población estudiado de Edad y Tiempo de enfermedad

Estadísticos descriptivos					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad	302	18	93	56,90	18.279
Tiempo de enfermedad	302	2018	2020	2018,89	,739
N válido (por lista)	302				

Fuente Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 2.- Porcentaje de sexo en la población estudiada

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	119	39,4	39,4	39,4
Femenino	183	60,6	60,6	100,0
Total	302	100,0	100,0	

Fuente Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 3.- Frecuencia de rangos de edades según nuestra muestra estudiada

		Rango de edades			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 30	16	5,3	5,3	5,3
	31 a 40	63	20,9	20,9	26,2
	41 a 50	63	20,9	20,9	47,0
	51 a 60	3	1,0	1,0	48,0
	61a 70	60	19,9	19,9	67,9
	71 a 80	79	26,2	26,2	94,0
	>80	18	6,0	6,0	100,0
	Total	302	100,0	100,0	

Fuente: Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 4.- Frecuencia de RLF según la relación entre edades y sexo

Tabla cruzada sexo*Rango de edades

Recuento

		Edad						Total	
		18 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80		>80
sexo	hombre	6	17	22	2	25	40	7	119
	mujer	10	46	41	1	35	39	11	183
Total		16	63	63	3	60	79	18	302

Medidas simétricas

		Valor	Error estándar asintótico ^a	T aproximada ^b	Significación aproximada	Significación de Monte Carlo		
						Significación	Intervalo de confianza al 95%	
						Límite inferior	Límite superior	
Intervalo por intervalo	R de Pearson	-,143	,057	-2,499	,013 ^c	,017 ^d	,002	,031
Ordinal por ordinal	Correlación de Spearman	-,144	,057	-2,520	,012 ^c	,020 ^d	,004	,036
N de casos válidos		302						

a. No se presupone la hipótesis nula.

b. Utilización del error estándar asintótico que presupone la hipótesis nula.

c. Se basa en aproximación normal.

d. Se basa en 302 tablas de muestras con una semilla de inicio 2000000.

Fuente: Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 5.- Presencia de hallazgos laringoscópicos en porcentaje.

		Recuento	% de N columnas
Pseudosulcus	NO	296	98,0%
	SI	6	2,0%
Obliteración Del Ventrículo	NO	301	99,7%
	SI	1	0,3%
Eritema/Hiperemia	NO	74	24,5%
	SI	228	75,5%
Edema pliegue vocal	NO	200	66,2%
	SI	102	33,8%
Edema laringeo difuso	NO	132	43,7%
	SI	170	56,3%
Hipertrofia de comisura posterior	NO	275	91,1%
	SI	27	8,9%
Granuloma	NO	278	92,1%
	SI	24	7,9%
Moco Endolaringeo	NO	292	96,7%
	SI	10	3,3%

Fuente: Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamieth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 6.- Presencia de síntomas clínicos en porcentaje.

		Recuento	% de N columnas
Odinofagia	NO	203	67,2%
	SI	99	32,8%
Disfagia	NO	247	82,3%
	SI	53	17,7%
Disfonia	NO	100	33,1%
	SI	202	66,9%
Globus laringeo	NO	262	86,8%
	SI	40	13,2%
Tos Crónica	NO	274	90,7%
	SI	28	9,3%
Carraspeo	NO	222	73,5%
	SI	80	26,5%

Fuente: Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamieth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 7.- Correlación entre los hallazgos laringoscópicos y síntomas clínicos

Correlaciones			Hallazgos Laringoscópicos	Síntomas laringeos
Rho de Spearman	laringoscopia	Coeficiente de correlación	1,000	,197**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	303	303
	Síntomas laringeos	Coeficiente de correlación	,197**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	303	303

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 8.- Correlación entre hallazgo laringoscópico (Edema pliegue vocal) y sintomatología clínica (Disfonía)

Correlaciones			Edema de pliegue vocal	Disfonía
Rho de Spearman	Edema de pliegue vocal	Coeficiente de correlación	1,000	,220**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	302	302
	Disfonía	Coeficiente de correlación	,220**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	302	302

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Recolección de historias clínicas del Hospital Teodoro Maldonado Carbo del año 2018-2020.

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 9.- Versión traducida del “Reflux Symptom Index”

Tabla 9. Versión original y traducida del Reflux Symptom Index(14)						
REFLUX SYMPTOM INDEX (RSI)						
En el último MES, Cómo le afectaron los siguientes problemas?(14) 0 = No problem ---- 5 = Severe problem						
	Hoarseness or a problem with your voice(14)	0	1	2	3	4
Clearing your throat(14)	0	1	2	3	4	5
Excess throat mucous or postnasal drip(14)	0	1	2	3	4	5
Difficulty swallowing food, liquids or pills(14)	0	1	2	3	4	5
Coughing after you ate or after lying down(14)	0	1	2	3	4	5
Breathing difficulties or choking episodes(14)	0	1	2	3	4	5
Troublesome or annoying cough(14)	0	1	2	3	4	5
Sensations of something sticking in your throat or a lump in your throat(14)	0	1	2	3	4	5
Heartburn, chest pain, indigestion, or stomach acid coming up(14)	0	1	2	3	4	5

Fuente: <https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.02.002>

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Tabla 10.- Versión traducida del “Reflux finding score”

Tabla 10		
Reflux finding score (RFS)(14)		
Hallazgos	Puntuación	
Edema subglótico(14)	2	Presente
	0	Ausente
Obliteración de ventrículo(14)	2	Parcial
	4	Completo
Eritema/Hiperemia (14)	2	Sólo aritenoides
	4	Difuso
Edema en pliegue vocal(14)	1	Leve
	2	Moderado
	3	Severo
	4	Polipoide
Edema laríngeo difuso(14)	1	Leve
	2	Moderado
	3	Grave
	4	Obstrucción
Hipertrofia de comisura posterior(14)	1	Leve
	2	Moderado
	3	Grave
	4	Obstrucción
Granuloma(14)	2	Presente
	0	Ausente
Moco endolaríngeo(14)	2	Presente
	0	Ausente

Fuente: <https://doi.org/10.1016/j.anl.2020.02.002>

Elaborado por: Barriga Barriga Yvana Yeamileth; Vera Álvarez Romina Elizabeth

Gráficos

Gráfico 1.- Datos estadísticos descriptivos en la población estudiado de Edad y año del diagnóstico de la enfermedad

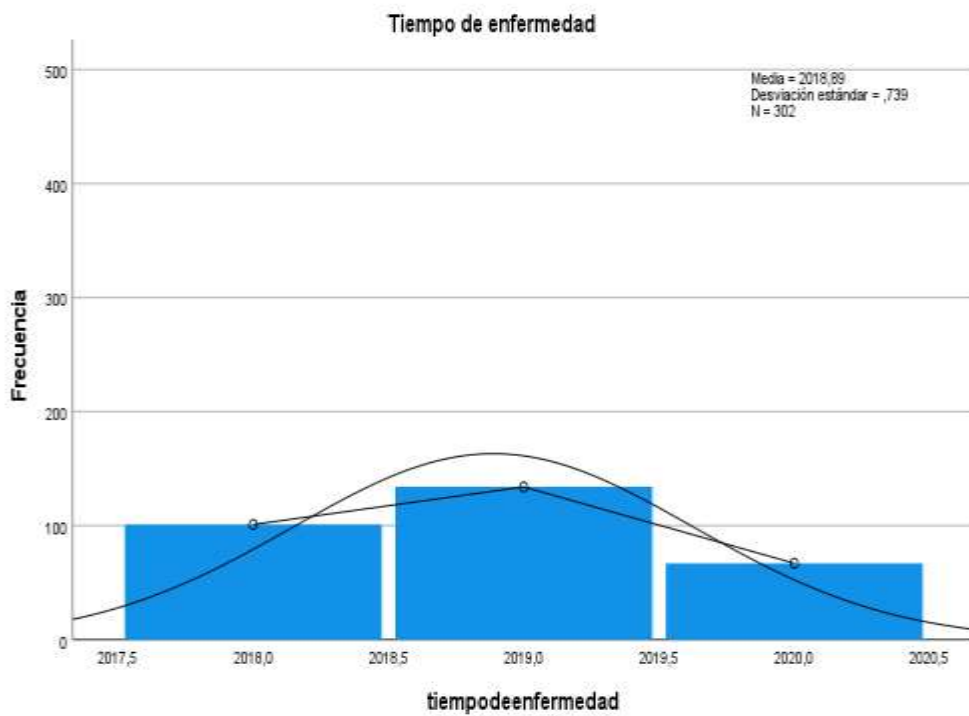
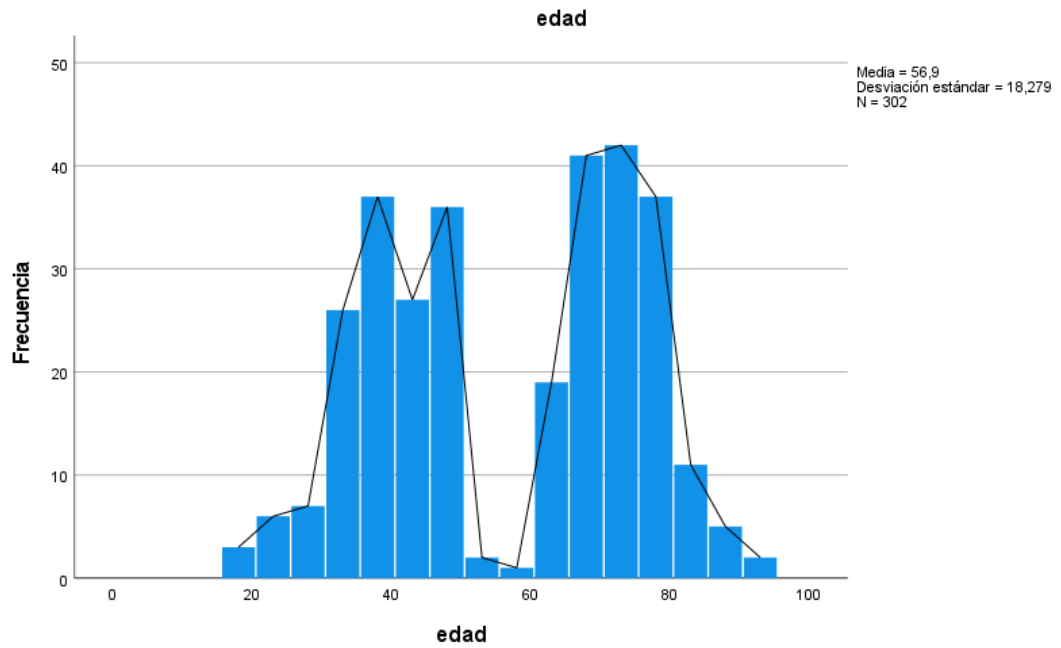


Gráfico 2.- Sexo en población estudiada

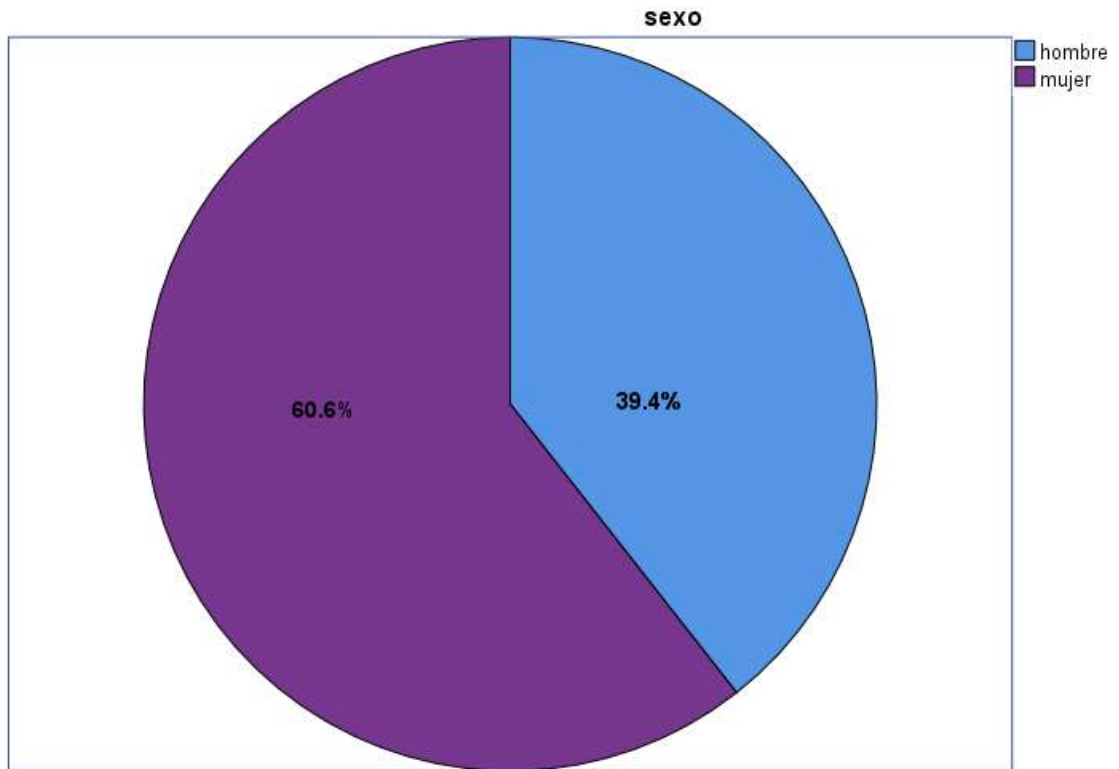


Gráfico 3.- Frecuencia según rango de edades en población estudiada

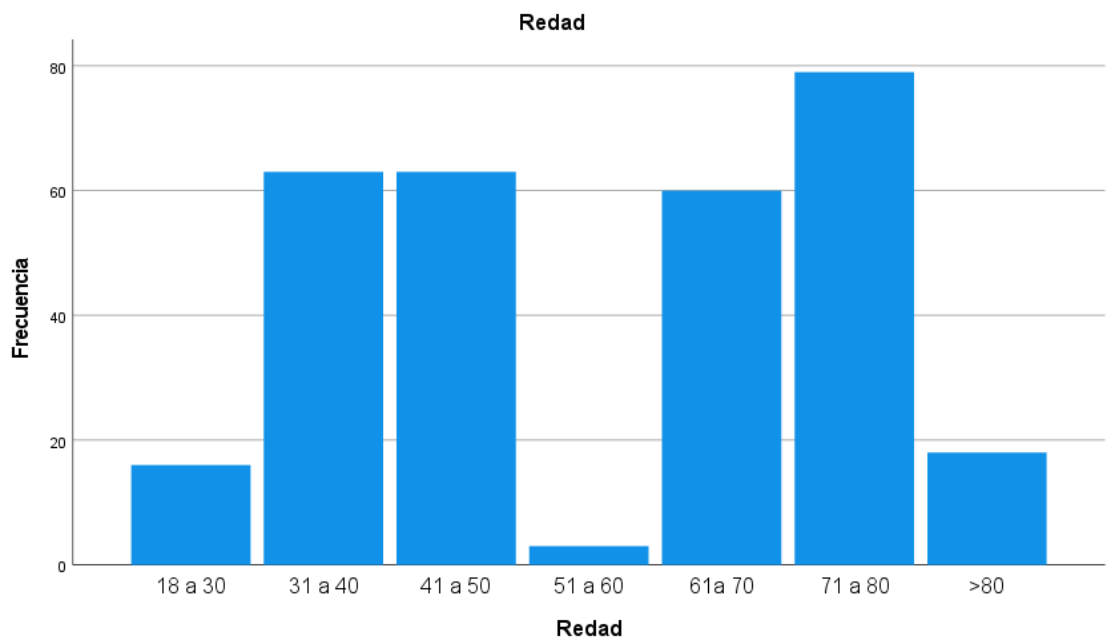


Gráfico 4.- Frecuencia de RLF según la relación entre edades y sexo.

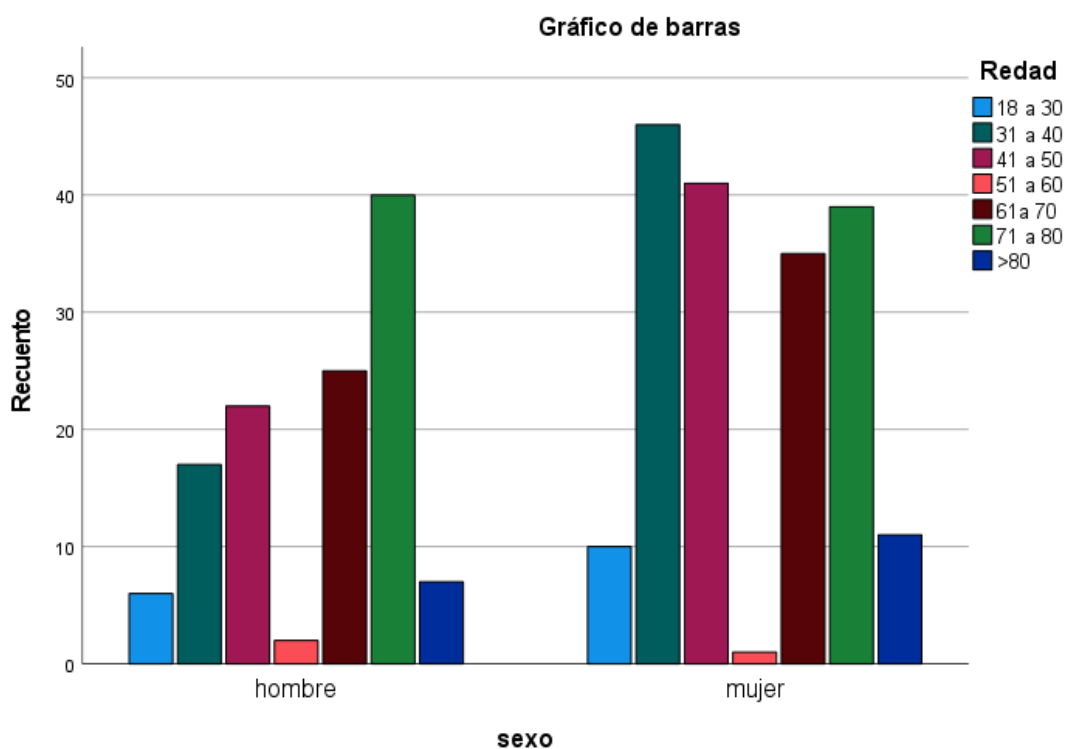


Gráfico 5.- Presencia de hallazgos laringoscópicos en porcentaje.

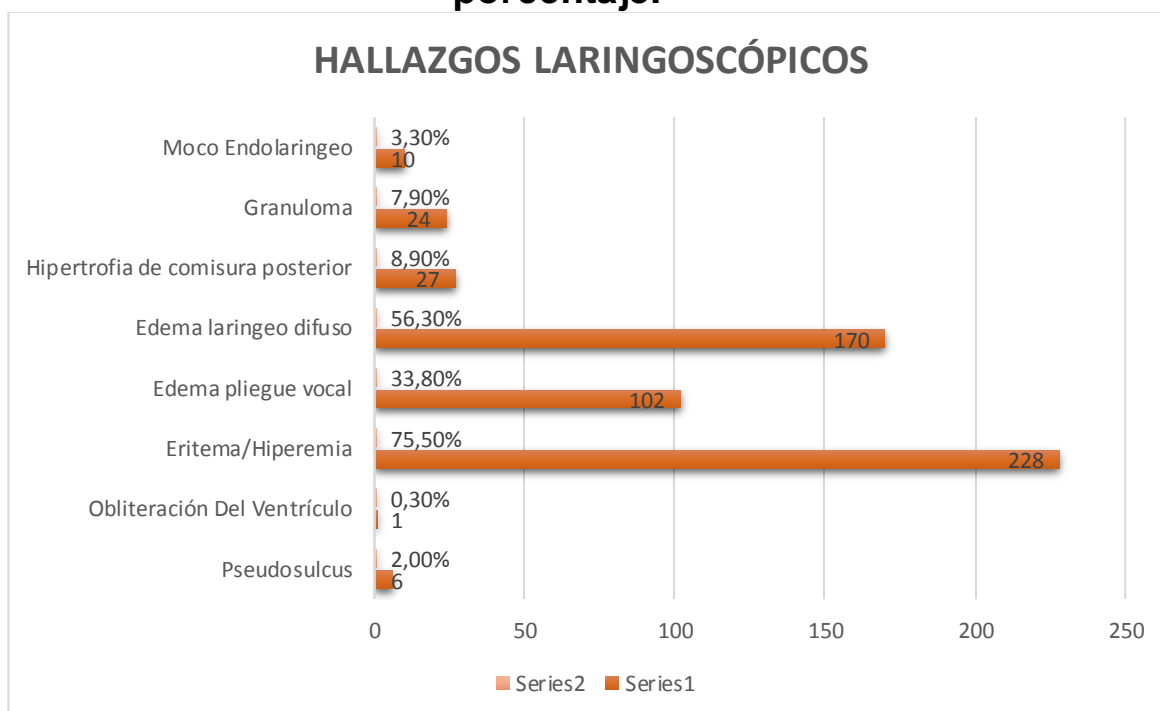
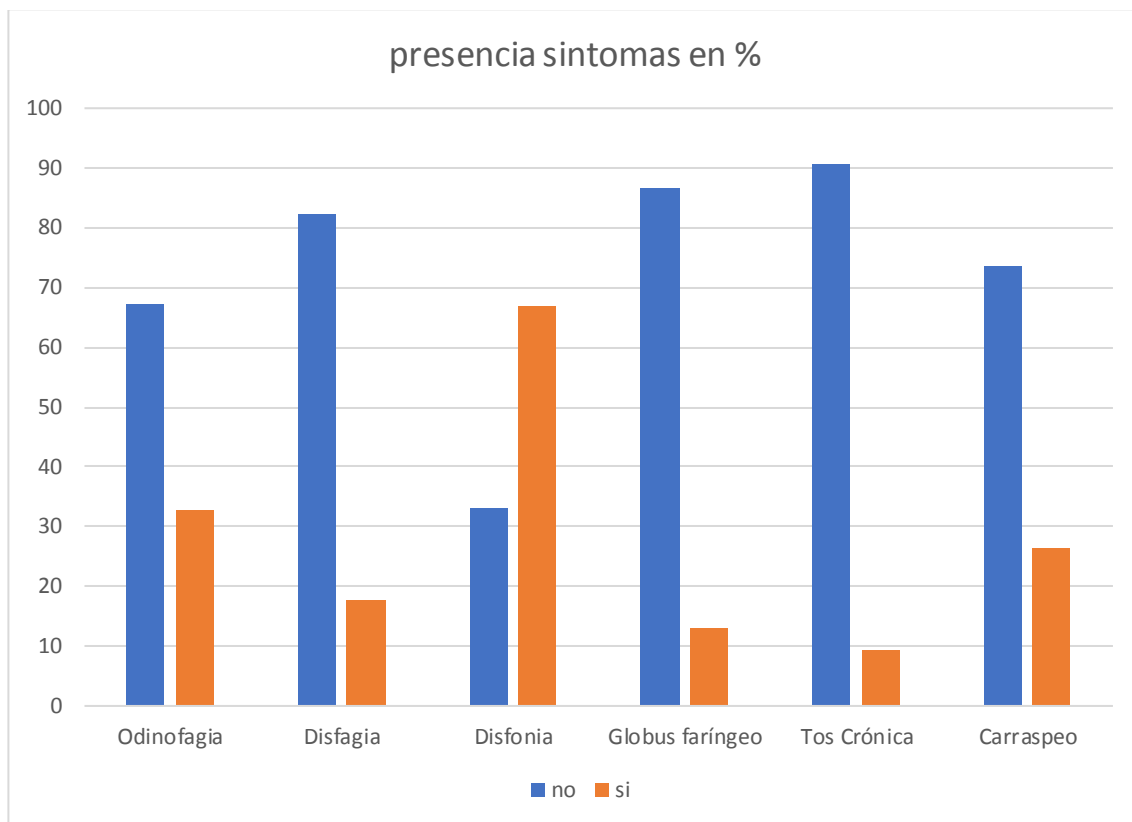


Gráfico 6.- Presencia de síntomas clínicos en porcentaje.



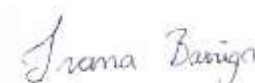
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Barriga Barriga Yvana Yeamieth**, con C.C: # **1250308135** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 – 2020**, previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

f. 

Nombre: **Barriga Barriga Yvana Yeamieth**

C.C: **1250308135**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vera Álvarez Romina Elizabeth**, con C.C: # **1313792465** autora del trabajo de titulación: **Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 – 2020**, previo a la obtención del título de **Médico General** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, 30 de agosto del 2021.

f. 

Nombre: **Vera Álvarez Romina Elizabeth**

C.C: **1313792465**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de hallazgos laringoscópicos en pacientes con sintomatología de reflujo laringofaríngeo en personas mayores de 18 años en el hospital Teodoro Maldonado Carbo durante el periodo 2018 – 2020.		
AUTOR(ES)	Yvana Yeamieth, Barriga Barriga; Romina Elizabeth, Vera Álvarez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Mgs Roberto Leonardo, Briones Jiménez.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto del 2021.	No. DE PÁGINAS:	38
ÁREAS TEMÁTICAS:	OTORRINOLARINGOLOGÍA		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	REFLUJO LARINGOFARÍNGEO, HALLAZGOS LARINGOSCÓPICOS, SÍNTOMAS CLÍNICOS, EXTRAESOFÁGICO.		
<p>RESUMEN: Introducción: El Reflujo laringofaríngeo también denominado como extraesofágico es caracterizado por el movimiento retrógrado del contenido gástrico tanto de ácidos y enzimas como la pepsina hacia la laringofaringe y la postura es independiente. Metodología: Es un estudio de diseño metodológico no experimental de nivel descriptivo, corte transversal, de tipo observacional y retrospectivo, en el que se recolectó información de las historias clínicas de pacientes en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo con diagnóstico de Reflujo laringofaríngeo en mayores de 18 años durante el periodo 2018 - 2020, relacionando los hallazgos laringoscópicos con los síntomas clínicos. Resultados: El 20,20% de pacientes fueron diagnosticados con RLF, en el que se observa una prevalencia del sexo femenino con un porcentaje del 60.6%, el grupo etario más frecuente se registró entre los 71 a 80 años con un porcentaje del 26.2%. Además, se demostró que el hallazgo laringoscópico más común que se manifestó dentro del estudio es el eritema / hiperemia con un 75,50%, y el síntoma clínico fue la disfonía con 66,9%, estableciéndose una correlación de Spearman entre los hallazgos laringoscópicos (tabla de reflux index) y síntomas clínicos. Conclusión: Se concluyó con el coeficiente de Spearman asociando dos variables, los hallazgos laringoscópicos y síntomas clínicos, con valores de 0.197 y un nivel de significancia 0.001, el que demuestra una correlación positiva entre ambas variables.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-939-28-160/+593-982-024-036	E-mail: ivanabarriga_1996@hotmail.com rominavera97@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):::	Nombre: Dr. Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593-997-572-784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			