



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN
PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO,
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015

AUTORES:

Ochoa Concha, Stephany Judith
Neira Escobar, Leonor Cecilia

TRABAJO DE TITULACION PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE:
MÉDICO

TUTOR:

Dra. Benítes Estupiñan, Elizabeth María

GUAYAQUIL, ECUADOR

Septiembre, 2016



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **OCHOA CONCHA, STEPHANY JUDITH**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

DECANO DE LA CARRERA

**Dra. Benítes Estupiñan,
Elizabeth María**

**Dr. Ramírez Amat, Gustavo
Omar**

OPONENTE

OPONENTE

Dr. Pérez, Manuel

Dra. Mayo, Carmelina

COORDINADOR DE AREA / DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **NEIRA ESCOBAR, LEONOR CECILIA**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

TUTOR (A)

DECANO DE LA CARRERA

**Dra. Benítez Estupiñan,
Elizabeth María**

**Dr. Ramírez Amat, Gustavo
Omar**

OPONENTE

OPONENTE

Dr. Perez, Manuel

Dra. Mayo, Carmelina

COORDINADOR DE AREA / DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2016



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **OCHOA CONCHA, STEPHANY JUDITH**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2016

LA AUTORA

Ochoa Concha, Stephany Judith



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, NEIRA ESCOBAR, LEONOR CECILIA

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015** previo a la obtención del Título de **MÉDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2016

LA AUTORA

Neira Escobar, Leonor Cecilia



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORIZACIÓN

Yo, **OCHOA CONCHA, STEPHANY JUDITH**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2016

LA AUTORA

Ochoa Concha, Stephany Judith



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

AUTORIZACIÓN

Yo, NEIRA ESCOBAR, LEONOR CECILIA

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 26 días del mes de septiembre del año 2016

LA AUTORA

Neira Escobar, Leonor Cecilia

AGRADECIMIENTOS

A *Dios* quien fue el que me dio fuerzas para levantarme cada vez que me sentía vencida a lo largo de mi carrera, me dio sabiduría para saltar cada uno de los obstáculos que se me presentaron y me rodeo de personas valiosas durante todo este tiempo.

A mi mejor amiga, compañera de tesis, compañera de estudios y cómplice de mis locuras Leonor Neira Escobar por su tiempo, dedicación, paciencia y repeladas que me daba de vez en cuando; ya que sin ella a mi lado no hubiese sido posible terminar este trabajo. Gracias mejor amiga por ser unas de las vocecitas que me dijo “vamos tu puedes”, por todo lo que hemos recorrido juntas, llorado, reído y por compartir conmigo este trabajo y logro para las dos.

A mi tutora de tesis Dra. Elizabeth Benites Estupiñan y coordinador de tesis Dr. Diego Vásquez Cedeño que gracias a su ayuda pudimos encaminar nuestro trabajo y finalizarlo.

Stephany Ochoa Concha

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por iluminarme y darme la fuerza para seguir adelante a lo largo de mi carrera y en especial para terminar este trabajo, que por algunas ocasiones lo vi infinito.

A mi compañera de tesis, de estudios y mejor amiga Stephany Ochoa Concha, por ser parte de este gran trabajo, por obligarme a trabajar aun cuando no tenía ganas. Y gracias por estar siempre presente tanto en las buenas como en las malas.

Al Dr. Carlos Durango Espinoza por haberme guiado en la búsqueda de un tema para este trabajo.

A mi tutora de tesis Dra. Elizabeth Benites Estupiñan y a mi coordinador de tesis Dr. Diego Vásquez Cedeño por despejar mis dudas y guiarme en este trabajo.

Leonor Neira Escobar

DEDICATORIA

Se lo dedico especialmente a mi padre “Mi superhéroe” *Victor Ochoa Vaca* quien fue mi base, mi fortaleza a lo largo de este camino, que me dejó soñar siempre y se esforzó trabajando día a día para que cumpliera mis sueños entre esos el más importante el de convertirme en médico. Sin él no sería la persona que soy y no estaría donde me encuentro por eso gran parte de mi trabajo va dedicada a él.

A mi madre *Karla Concha Rivera* quien me enseñó que la frase “no puedo” no existe y que podemos hacer todo lo que nos proponemos siempre que sea lo que queremos.

A mi abuela *Rosa Rivera Valdez* quien siempre me apoyo en este sueño, me escucho y aconsejo para que llegara hasta el final.

A mis hermanas *Scarleth Concha Concha* y *Nathaly Ochoa Concha* por confiar en mí y por su amor incondicional.

A mi enamorado, amigo y cómplice *Francisco Molina Moreira* por acompañarme en momentos de estrés, sacarme una sonrisa y aconsejarme en todo momento que lucho hasta el final.

Y a ustedes mis amigos los que me acompañaron, crecieron a mi lado en esta carrera y que con sabias palabras me aconsejaron para que me levantara en momentos de derrota y llegara hasta el final.

Stephany Ochoa Concha

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres *Ernesto Neira Icaza* y *Cecilia Escobar Coello* por apoyarme en toda mi carrea, que, aunque no siempre pudieron estar presentes nunca faltó un mensaje o llamada para darme ánimos y seguir adelante.

A mi tía *Aline Neira Icaza* por siempre preocuparse por mí y apoyarme en todo momento.

A mis hermanos por su apoyo y amor incondicional.

A todas las personas que llegaron a mi vida a aportar con conocimientos y enseñarme el verdadero significado de mi carrera.

Leonor Neira Escobar.



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

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

TUTOR (A)

Dra. Benítes Estupiñan, Elizabeth María

OPONENTE

Dr. Pérez, Manuel

OPONENTE

Dra. Mayo, Carmelina

COORDINADOR DE AREA / DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio



**UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

TUTOR (A)

Dra. Benítes Estupiñan, Elizabeth María

OPONENTE

Dr. Pérez, Manuel

OPONENTE

Dra. Mayo, Carmelina

COORDINADOR DE AREA / DOCENTE DE LA CARRERA

Dr. Vásquez Cedeño, Diego Antonio

INDICE

RESUMEN	15
ABSTRACT	16
CAPITULO I	
1.1 INTRODUCCION.....	17
1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	17
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos.....	18
1.4 HIPOTESIS	18
1.5 VARIABLES.....	18
1.5.1 Variable dependiente.....	18
1.5.2 Variable independiente.....	19
1.5.3 Variable Intervinientes	19
CAPITULO II	
2.1 MARCO TEORICO	
2.1.1 Definición	20
2.1.2 Epidemiología.....	21
2.1.3 Fisiopatología.....	21
2.1.4 Síntomas y manifestaciones clínicas	22
2.1.5 Diagnóstico	23
2.1.6 Tratamiento	24
CAPITULO III	
3.1 MÉTODOS Y MATERIALES	
3.1.1 Metodología	26
3.1.2 Universo	26
3.1.3 Muestra	26
3.1.4 Criterios	26
<u>3.1.4.1 Criterios de inclusión</u>	26
<u>3.1.4.2 Criterios de exclusión</u>	26
3.1.5 Recolección de Datos.....	27
3.1.6 Análisis Estadístico	27
CAPITULO IV	
4.1 RESULTADOS	28
CAPITULO V	
5.1 DISCUSION.....	29
5.2 CONCLUSION.....	30
ANEXOS	
ANEXO 1. Prevalencia de síntomas respiratorios en RGE	31
TABLA 1. Datos sobre la edad de los pacientes	31
TABLA 2: Frecuencia sexo de pacientes	31
TABLA 3: Síntomas respiratorios en RGE	32
TABLA 4: Correlación síntomas digestivos y síntomas respiratorios.....	32
GRAFICO 1: Grupos etarios pacientes con RGE.....	32
GRAFICO 2: Síntomas respiratorios en RGE	33
GRAFICO 3: Tiempo de evolución de síntomas respiratorios	33

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

RESUMEN

El reflujo gastroesofágico es una patología común y de difícil diagnóstico en algunas ocasiones, ya que muchas veces sus primeras manifestaciones suelen ser respiratorias lo que hace que se las diagnostique como cuadros de tipo respiratorios y se de tratamientos erróneos regresando así mes a mes el paciente con la misma sintomatología y esperando resolución con cambios de antibióticos innecesarios, ya que el origen de la patología es otro.

Objetivo: determinar la prevalencia con la que se presentan los síntomas respiratorios en los pacientes con reflujo gastroesofágico.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal de prevalencia, correlacional, analítico de cohort.

El universo fueron 421 pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil con sintomatología respiratoria y recibieron diagnóstico de reflujo gastroesofágico en los meses de enero a diciembre del 2015, de los cuales la muestra fueron 67 pacientes seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.

Conclusión: En el presente estudio se encontró que el 68.7% de los pacientes presentaron tos y el 70.1% odinofagia, seguido de otros síntomas menos frecuentes como la carraspera, epigastralgia, prurito, disfonía y la disfagia.

Según los resultados encontrados en el presente estudio, los síntomas respiratorios son una queja común en los pacientes con reflujo gastroesofágico. Es importante tomar en cuenta esta sintomatología para el abordaje integral del paciente y correlacionarlo con los hallazgos endoscópicos e incluir esta patología dentro del diagnóstico diferencial en un paciente con síntomas respiratorios

Palabras claves: reflujo, gastroesofágico, causalidad, laringitis. síntomas, otorrinolaringología, gastroenterología

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux is a common and difficult to diagnose disease in some cases, since often the first manifestations 're usually respiratory making it the diagnosis as pictures of respiratory rate and erroneous treatments so returning month the patient waiting the same symptoms and resolution changes unnecessary antibiotics, since the origin of the pathology is another.

Objective: To determine the prevalence of respiratory symptoms in patients with gastroesophageal reflux occur.

Materials and methods: observational, descriptive, retrospective cross-sectional study of prevalence, correlational , analytic cohort .

The universe were 421 patients treated at the Hospital Teodoro Maldonado Carbo Guayaquil with respiratory symptoms and were diagnosed with gastroesophageal reflux in the months from January to December 2015, of which the sample were 67 patients selected according to criteria of inclusion and exclusion.

For analysis of data of this work the SPSS and Excel systems were used

Conclusion: In the present study it was found that 68.7 % of patients had cough and sore throat 70.1 %, followed by other less common symptoms such as hoarseness , epigastric pain , itching , dysphonia and dysphagia .

According to the results found in this study, respiratory symptoms are a common complaint in patients with gastroesophageal reflux. It is important to note these symptoms for the integral approach to the patient and correlate with endoscopic findings and include this condition in the differential diagnosis in a patient with respiratory symptoms

Key words: reflux, gastroesophageal, causality, laryngitis, symptom, otolaryngology, gastroenterology

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCION

Hablamos de reflujo gastroesofágico cuando existe retorno del ácido gástrico hacia el esófago causando así daño del epitelio y como consecuencia esofagitis, pero este daño no solo ocurre en esófago ya que estos ácidos no llegan solo hasta esta parte anatómica.

Ocurre también daños a nivel de vías aéreas superiores provocándose con frecuencia síntomas de tipo respiratorios como tos seca, prurito, carraspera, odinofagia, disfagia las cuales suelen ser confundidas con faringitis de tipo bacterianas y el paciente suele consultar mes a mes por esta sintomatología recibiendo el mismo diagnóstico y tratamiento inadecuado.

Pero existen claras diferencia ya que en la faringitis de origen viral el tiempo de evolución no es más allá de 7 días, en la de tipo bacteriana no va más allá de los 14 y debería remitir el cuadro con tratamiento antibiótico, mientras que en la faringitis que provoca el reflujo no remitirá con antibióticos y el tiempo de evolución será de larga data, se tratara de pacientes que consultaran mes a mes por la misma sintomatología y que muchas veces suele estar acompañada de epigastralgia.

La relación entre estos síntomas y el reflujo gastroesofágico es aun controversial y producto de muchas confusiones diagnosticas provocando así molestias en los pacientes ya que acuden a muchas consultas por la misma sintomatología sin recibir ayuda con su problema.

1.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En Ecuador no existen investigaciones que permitan aclarar la relación causal que existe entre la presencia de síntomas respiratorios como consecuencia del

daño que provoca en las vías aéreas superiores el reflujo gastroesofágico. Por lo que nuestra investigación busca aclarar la relación que existe y demostrar que en muchos pacientes las primeras manifestaciones suelen ser respiratorias y así diagnosticar la enfermedad en sus primeras etapas y no realizar falsos diagnósticos y por lo tanto fallar en el tratamiento. Evitando que el paciente acuda múltiples veces consultando por la misma sintomatología y se desespere por no recibir tratamiento a su sintomatología.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia con la que se presenta la sintomatología respiratoria en el reflujo gastroesofágico.

1.3.2 Objetivos específicos:

- Determinar si el reflujo es la causa de los síntomas otorrinolaringológicos
- Determinar si la edad y el sexo son causas de la presencia de síntomas respiratorios en el reflujo gastroesofágico
- Analizar las fallas diagnosticas que existen
- Determinar las cantidades de veces que acude el paciente a consulta por la misma sintomatología con un diagnostico errado.
- Determinar dentro de los síntomas respiratorios que se presentan cual es el más frecuente.

1.4 HIPOTESIS

Si existe una relación causal entre el reflujo gastroesofágico y la presencia de síntomas relacionados a daños en la vía aérea superior.

1.5 VARIABLES

1.5.1 Variable dependiente

Prevalencia de síntomas respiratorios en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico

1.5.2 Variable independiente

Pacientes atendidos en los servicios de Emergencia de Medicina Interna, Otorrinolaringología y Gastroenterología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2015

1.5.3 Variable Intervinientes

Edad, sexo, síntomas, evolución, consultas

CAPITULO II

2.1 MARCO TEORICO

2.1.1 Definición

El termino reflujo deriva del vocablo latino *re* que significa regresar y *fluere* que significa fluir, el reflujo gastroesofágico hace referencia al retorno del contenido gástrico al esófago, afecta del 10 al 20 % de la población occidental, se caracteriza por presentar pirosis o regurgitación y puede acompañarse o no de manifestaciones extradigestivas como tos, disfonía (20) (23) (7).

El primero en describir el reflujo faríngeolaringeo fue James Koufman en el año de 1988, vio la necesidad de describir una patología que se creía vinculada al reflujo gastroesofágico, pero presentaba manifestaciones clínicas diferentes (22).

El reflujo laringofaríngeo se refiere al retorno del contenido del estómago a la laringofaringe, es un síndrome que ocasiona varias manifestaciones clínicas como laringitis, ronquidos, disfagia, disfonía y tos crónica. A pesar de que el reflujo gastroesofágico y el reflujo faríngeolaringeo tienen el mismo origen sus síntomas y tratamientos son distintos (20) (22).

La tos es un mecanismo fisiológico protector de las vías aéreas superiores, se han propuestos varios mecanismos por los cuales el reflujo gastroesofágico produce tos entre ellos: el reflujo produce daño directo al tejido de la faringe y laringe, tos como reflejo al reflujo e irritación de la porción inferior del esófago con estimulación refleja del nervio vago como consecuencia tos (7).

2.1.2 Epidemiología

Para el otorrinolaringólogo ha aumentado el diagnóstico del reflujo gastroesofágico y laringofaríngeo, el 10% de los pacientes acuden a consulta con síntomas de reflujo laringofaríngeo y aproximadamente el 50% de pacientes

con disfonía presentan enfermedad por reflujo subyacente ⁽¹¹⁾. Hay predominio por el género femenino del 53 al 60 %, y con un promedio de edad de 50 años, y entre mayor edad mayor es el aumento de incidencia del reflujo laringofaríngeo ⁽²⁰⁾.

Aproximadamente del 20 al 43% de las personas que tienen reflujo laringofaríngeo presentan pirosis, el 18% esofagitis, del 5 al 50% sensación de globo, y más del 60% de los pacientes presentan laringitis crónica y deglución complicada ⁽¹¹⁾.

2.1.3 Fisiopatología

A pesar de que el reflujo laringofaríngeo tiene origen multifactorial, los potenciales mecanismo por el cual el reflujo gastroesofágico produce signos y síntomas extra esofágicos involucran mecanismos directos como aspiración e indirectos mediados neuralmente ⁽²³⁾ de las causas incluyen disfunción del esfínter esofágico inferior o superior, exposición al material refluido, y la sensibilidad del tejido ⁽²¹⁾.

La barrera antirreflejo está constituida por: esfínter esofágico superior e inferior, aclaramiento esofágico y la resistencia epitelial. El esfínter esofágico superior es la última barrera y el esfínter esofágico inferior es fundamental para el mecanismo antirreflujo, por lo cual para evitar el reflujo la presión del esfínter esofágico inferior debe ser mayor a la gástrica, y la relajación transitoria del esfínter induce al reflujo ⁽²¹⁾.

Además del ácido existen otras sustancias que son nocivas para la laringe como la pepsina, el moco y contenido duodenal: enzimas pancreáticas y sales biliares. No hay sintomatología clínica para cada sustancia en específico debido a que el reflujo es una mezcla del contenido gástrico y duodenal ⁽²³⁾.

El reflujo es fisiológico por eso existen mecanismos para neutralizar el ácido como la barrera antirreflujo, además de las estructuras anatómicas antes descritas la barrera antirreflujo está compuesta por las ondas peristálticas

esofágicas, gravedad, secreciones glandulares, y saliva que contiene agentes amortiguadores. Hay mecanismos epiteliales, preepiteliales e intracelulares, el moco es una barrera preepitelal que tiene gran contenido de bicarbonato por lo cual impiden que grandes moléculas como la pepsina lo atraviesen, además existe una capa acuosa alcalina que actúa como amortiguador (21).

2.1.4 Síntomas y manifestaciones clínicas

En el 2002 Tauber indico que las manifestaciones del reflujo extra esofágico se deben a: 1) lesión de la faringe por paso del reflujo al esófago proximal, 2) puede haber broncoespasmo y congestión nasal por estimulación vagal generada por el ácido en el esófago distal (11).

Generalmente los pacientes con reflujo laríngeo no tienen síntomas clásicos de reflujo gastroesofágico, menos del 40% presenta pirosis o epigastralgia y 25% presenta esofagitis (11). Los síntomas clásicos son disfonía (71%), tos seca 51%, carraspeo 42%, globus faríngeo 47%, secreciones en hipofaringe, disfagia 35%, boca o saliva amarga y espasmos laríngeos. Estos síntomas no son específicos del reflujo por eso hay que descartar otras causas como infecciones, abuso vocal, alergia, tabaco e inhalación de irritantes como el alcohol (21) (8). Signos que sugieren tos crónica asociada a reflujo son ronquera, carraspera, sensación de cuerpo extraño y aclaramiento frecuente de la garganta (7).

2.1.5 Diagnostico

El diagnostico presuntivo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede ser clínico tomando en cuenta los síntomas típicos como la pirosis y la regurgitación, en este escenario se recomienda el inicio de inhibidores de bomba de protones como tratamiento empírico (15). Una revisión sistemática encontró que los síntomas mencionados anteriormente tuvieron una sensibilidad de 30 - 76% y especificidad 62 - 96% para detectar esofagitis erosiva (18).

En cuanto a la respuesta a los inhibidores de bomba de protones, en un estudio reciente se encontró una mejor respuesta versus el placebo en pacientes con síntomas sugerentes de ERGE (13).

Las radiografías con bario no deben ser usadas como método diagnóstico.

La endoscopia alta no es necesaria cuando el paciente presenta cuadro clínico típico debe ser reservada para pacientes con síntomas de alarma y aquellos con factores de riesgo para complicaciones (15).

Las biopsias de rutina del esófago distal no se recomiendan para el diagnóstico de ERGE (15).

La manometría esofágica es una herramienta útil para la valoración preoperatoria del paciente, no para diagnóstico (15).

En cuanto al tratamiento para la erradicación de *Helicobacter pylori* en el contexto de ERGE, en la actualidad no es necesario. En un metaanálisis reciente no se encontró aumento de ERGE en pacientes que recibieron tratamiento vs. lo que no, en un subgrupo de pacientes con úlcera péptica los síntomas de dispepsia recurrieron posterior al tratamiento para erradicación de *H. pylori* (26).

2.1.6 Tratamiento

El tratamiento de la ERGE tiene varios pilares en los que se apoya: medidas dietéticas, cambios de estilo de vida, farmacológicas y en última instancia quirúrgica.

Algunas intervenciones como la pérdida de peso en pacientes obesos, evitar alimentos que desencadenen los síntomas, evitar el tabaco u el alcohol, evitar comidas en la noche o inmediatamente antes de dormir. A pesar de que estas recomendaciones se mantienen en la práctica clínica, el sustento en la evidencia es escaso e incluso contrario. En una revisión sistemática se concluyó que las bebidas carbonatadas ni causan ni provocan síntomas de reflujo (12). Otros estudios que incluyen el tabaco, alcohol, cafeína, chocolate, comidas grasas, no han encontrado cambios significativos en los síntomas de reflujo (14).

Las opciones farmacológicas incluyen antiácidos, antagonistas de los receptores de histamina o inhibidores de la bomba de protones, se recomienda su uso cuando las intervenciones en el estilo de vida han fallado ⁽¹⁵⁾.

Los antiácidos no desempeñan ningún papel en la población general, ocasionalmente en las mujeres embarazadas. Los antagonistas de los receptores de histamina pueden ser utilizados como terapia de mantenimiento después del tratamiento con inhibidores de bomba, o en combinación con ellos en el caso de los pacientes con reflujo nocturno. El mayor problema de estos medicamentos es el desarrollo de taquifilaxia después de algunas semanas.

Por excelencia, el tratamiento farmacológico son los inhibidores de bomba de protones por al menos 8 semanas, generalmente una vez al día antes de la comida. Ninguno de ellos, en particular, se recomienda como tratamiento inicial ⁽¹⁵⁾. Sin embargo, se ha reportado mejoría de los síntomas cuando a falta de respuesta se cambia de un inhibidor a otro. Se ha descrito que el omeprazol combinado con el bicarbonato de sodio es más efectivo para el control del pH gástrico nocturno ⁽⁹⁾. Un nuevo inhibidor, dexlansoprazole, ha demostrado superioridad frente al lansoprazol ⁽¹⁷⁾ ⁽²⁴⁾.

A pesar de esto existen ciertos pacientes que no responden al tratamiento, se han descrito ciertos factores de riesgo que predicen su evolución: mayor duración de la enfermedad, presencia de hernia hiatal, síntomas extraesofágicos, y falta de adherencia al tratamiento ⁽³⁾. Hay que tomar en cuenta que la forma de administración de esta medicación influye en su acción, por la mañana es el momento ideal ⁽¹⁵⁾. La excepción a esta regla es el novedoso dexlansoprazol que ha demostrado la misma efectividad independientemente de la hora de ingesta ⁽¹⁶⁾.

CAPITULO III

3.1 MÉTODOS Y MATERIALES

3.1.1 Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo Enero – Diciembre 2015

3.1.2 Universo

Pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil con sintomatología respiratoria y recibieron diagnóstico de reflujo gastroesofágico en los meses de enero a diciembre del 2015.

3.1.3 Muestra

Todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión

3.1.4 Criterios

3.1.4.1 Criterios de inclusión

Pacientes de 20 a 50 años atendidos en Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil en las áreas de Emergencia de Medicina Interna, Otorrinolaringología y Gastroenterología durante el año 2015 y q tuvieran diagnóstico reflujo gastroesofágico y presentaran sintomatología respiratoria

3.1.4.2 Criterios de exclusión

Pacientes menores de 20 años o mayores de 50, que no estuvieran atendidos en las áreas ya mencionadas, que no presentaran

sintomatología respiratoria y que tuvieran síntomas sugestivos de gripe y un tiempo de evolución menor a 1 mes.

3.1.5 Recolección de Datos

Revisión de historias clínicas que se encuentran registradas en el sistema AS400 del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil con diagnósticos de faringitis o reflujo gastroesofágico en el año 2015.

3.6 Análisis Estadístico

Para el análisis de las variables cuantitativas se presentaron como promedio y desviación estandar, las variables cualitativas se presentaron como frecuencias y porcentajes. Se creó una hoja de base de datos en Microsoft Excel 7.0 y para la tabulación de datos se utilizó el programa SPSS en su versión 22.

CAPITULO IV

4.1 RESULTADOS

Tras la búsqueda realizada en el sistema AS 400 con el CIE 10 K21 (reflujo gastroesofágico) se obtuvo un total de 421 pacientes con este diagnóstico, de los cuales se excluyeron 131 pacientes por no pertenecer a las áreas de Otorrinolaringología, Gastroenterología o Emergencia de Medicina interna, 128 por no estar dentro del rango de edad, 13 por no presentar síntomas respiratorios a pesar de tener el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y 82 por presentar historias clínicas que se encontraban incompletas.

De 80 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, 67 presentaron síntomas respiratorios, lo que representa 83.7% (Ver Anexo 1) del total. Se encontró que, de estos 67 pacientes, 31 fueron mujeres (46,3%) y 36 fueron hombres (53,7%) (Tabla 2– Ver Anexos). El promedio de edad fue de 35 ± 8.5 años, siendo la mínima 22 y la máxima 50 años, el grupo etario afectado más frecuente fue de 26 a 35 años (Tabla 1/Grafico 1 – Ver Anexos).

Al calcular la frecuencia de los síntomas los resultados fueron 46 pacientes presentaron tos (68,7%), 12 pacientes presentaron disfonía (17,9%), 8 pacientes presentaron priurito (11.9%), 34 pacientes presentaron carraspera (50,7%), 13 pacientes presentaron disfagia (19,4%) y 47 pacientes presentaron odinofagia (70.1%)(Tabla 3/Grafico 2 – Ver Anexos). Al correlacionar la presencia de síntomas respiratorios y síntomas digestivos mediante correlación de Pearson obtuvimos un promedio de -0.3 indicando una relación negativa, es decir no se necesita la presencia de síntomas digestivos para que se presenten los síntomas respiratorios. (Tabla 4 – Ver Anexos).

Sobre el tiempo de evolución, en promedio los síntomas se presentaron en 4 ± 1.2 meses, siendo más frecuente 5 meses en 20 pacientes (29,9%)(Tabla 3/ Grafico 3 – Ver Anexos)

CAPITULO V

5.1 DISCUSION

Las manifestaciones extraesofagicas del ERGE han sido ampliamente descritas y comprometen esencialmente el aparato respiratorio por vecindad (Olmos, Piskorz, & Vela, 2016).

En el presente estudio se encontró que el 68.7% de los pacientes presentaron tos y el 70.1% odinofagia, seguido de otros síntomas menos frecuentes como la carraspera, epigastralgia, prurito, disfonía y la disfagia. Un Estudio de cohorte sugirieron que la ERGE puede ser la causa de tos crónica en el 21-41% de los casos (Alwin, Curley, & French, 1990). En otro estudio de casos y controles, se encontró asociación aumentada para faringitis (OR: 1,60), afonía (OR: 1,81) y laringitis crónica (OR: 2,01) en pacientes con esofagitis o estenosis esofágica comparada con controles (El-Serag & Sonnenberg, 1997). Sin embargo, en un estudio reciente se reportó que la mayoría de los pacientes con síntomas laríngeos y laringitis posterior no presentaron reflujo ácido patológico, es así que apenas el 35.7% de los pacientes con disfonía presentaron pirosis y 39.2% regurgitación (Braghetto, et al., 2014). Así mismo, un consenso en Montreal reconoció que los síntomas extraesofágicos raramente son atribuibles a ERGE en ausencia de síntomas típicos (Vakil, van Zanten, Kahrilas, Dent, & Jones, 2006). A pesar de esto en el presente estudio, se encontró una alta prevalencia de pacientes con sintomatología de ERGE y síntomas respiratorios, de 80 pacientes 67 que representa el 83.7%.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra la muestra reducida de pacientes que pudo haber introducido un sesgo en los resultados. Los reportes de síntomas respiratorios fueron recolectados como datos secundarios, y la definición de tos, carraspera, epigastralgia, disfonía puede variar de un paciente a otro y la interpretación de los mismo variar de un entrevistador a otro.

5.2 CONCLUSION

Según los resultados encontrados en el presente estudio, los síntomas respiratorios son una queja común en los pacientes con reflujo gastroesofágico. Es importante tomar en cuenta esta sintomatología para el abordaje integral del paciente y correlacionarlo con los hallazgos endoscópicos e incluir esta patología dentro del diagnóstico diferencial en un paciente con síntomas respiratorios de larga evolución.

A partir de este estudio, se debería realizar un estudio de mayor alcance multicéntrico para corroborar los datos obtenidos en el presente e incluir el análisis de factores de riesgo de los pacientes con compromiso de las vías aéreas superiores.

ANEXOS

ANEXO 1,. PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

$$\text{Prevalencia: } \frac{67}{80} = 0,83 \times 100 = 83,75 \%$$

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

TABLA 1. Datos sobre la edad de los pacientes

VARIABLES	N = 67 (%)
Edad	35 ± 8.5
18 – 25	7 (10.5)
26 – 35	29 (43.2)
36 – 45	20 (29.8)
46 – 50	11 (16.5)

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

TABLA 2: Frecuencia sexo de pacientes

SEXO DE PACIENTES

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
F	31	46,3	46,3	46,3
Válido M	36	53,7	53,7	100,0
Total	67	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

TABLA 3: Síntomas respiratorios en RGE

Sintomas	N = 67 (%)
Odinofagia	47 (70.1)
Tos	46 (68.7)
Carraspera	34 (50.7)
Disfagia	13 (19.4)
Disfonia	12 (17.9)
Prurito	8 (11.9)

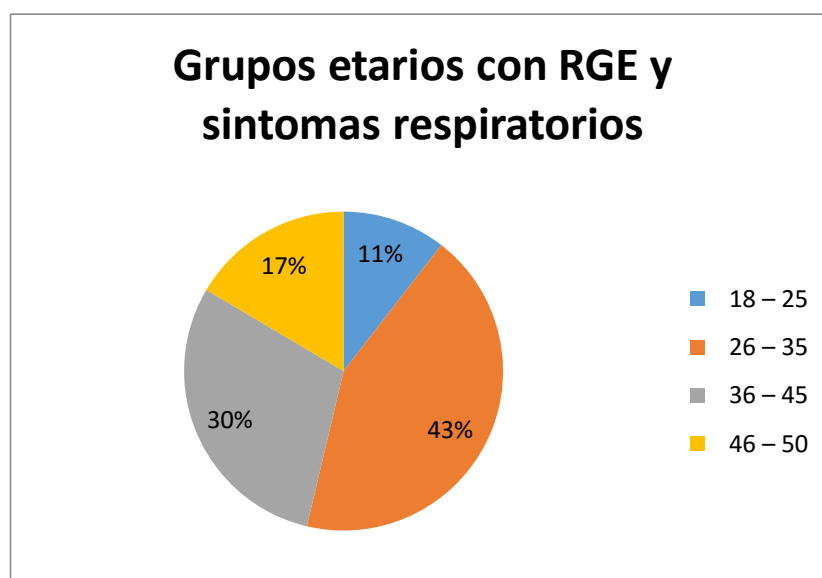
Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

TABLA 4: Correlación síntomas digestivos y síntomas respiratorios

ERGE - TOS	0,04
ERGE - DISFONIA	-0,06
ERGE - PRURITO	-0,05
ERGE - CARRASPERA	-0,04
ERGE - DISFAGIA	-0,09
ERGE - ODINOFAGIA	0,02
	-0,03

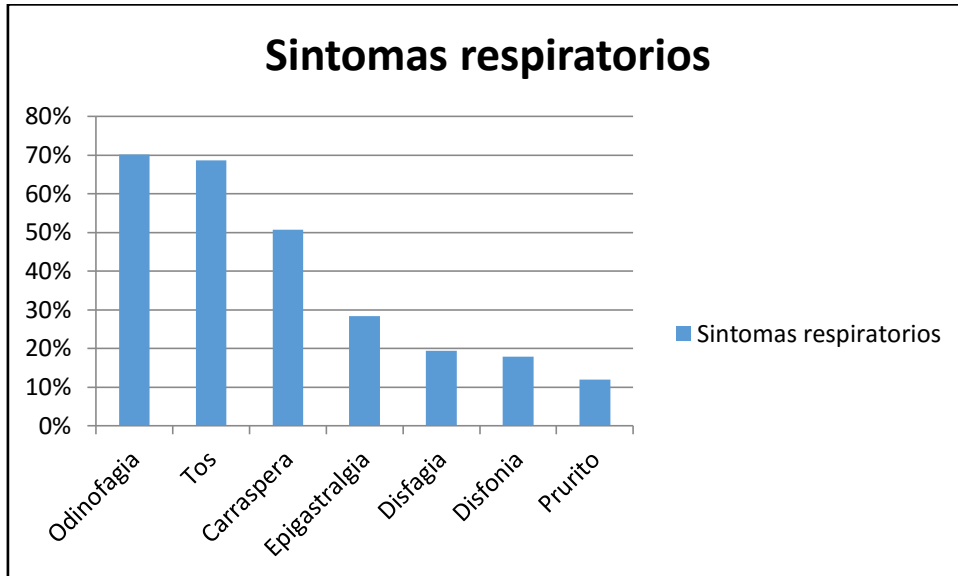
Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

GRAFICO 1. Grupos etarios pacientes con RGE y síntomas respiratorios



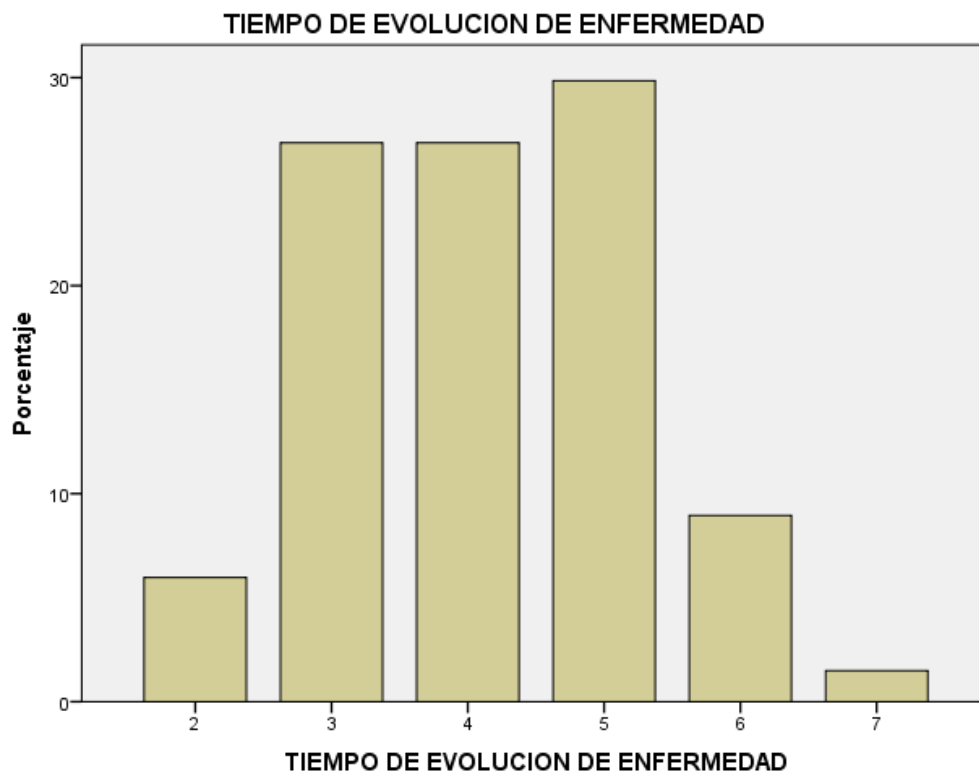
Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

GRAFICO 2. Síntomas respiratorios en RGE



Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

GRAFICO 3. Tiempo de evolución de síntomas respiratorios



Fuente: Base de datos Hospital Teodoro Maldonado Carbo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alwin, R. S., Curley, F. J., & French, C. L. (1990). Chronic cough. The spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation and outcome of specific therapy. *Am Rev Respir Dis*, 141, 640-647.
2. Braghetto, I., Venturelli, F., Rodriguez, A., Brunetto, B., Maass, J., & Henriquez, A. (2014). Sintomas laringeos y laringitis posterior siempre es secundario a reflujo gastroesofagico. *Rev Chil Cir*, 66(1).
3. Dickman, R., Boaz, M., & Aizic, S. (2011). Comparison of clinical characteristics of patients with gastroesophageal reflux disease who failed proton pump inhibitor therapy versus those who fully responded. *J neurogastroenterol motil*, 17, 387-94.
4. El-Serag, H. B., & Sonnenberg, A. (1997). Comorbid occurrence of laryngeal or pulmonary disease with esophagitis in United States military veterans. *Gastroenterology*, 113, 755-760.
5. Escontrela Mao, J., & Escontrela Rodriguez, B. A. (2010). Actualizacion en faringitis cronica. *Acta Otorrinol*, 22(1).
6. Fundacion argentina de torax, e. p. (2016, 08 24). Retrieved from <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/enfermedades-respiratorias-asociadas-a-erge/1360-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico>
7. *Fundacion argentina de torax, enfermedad por reflujo gastroesofagico y tos cronica.* (2016, 08 24). Retrieved from <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/enfermedades-respiratorias-asociadas-a-erge/1358-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-y-tos-cronica>
8. *Fundacion argentina de torax, ERGE y laringitis por reflujo.* (2016, 08 24). Retrieved from <http://www.fundaciontorax.org.ar/page/index.php/enfermedades-respiratorias-asociadas-a-erge/1359-erge-y-laringitis-por-reflujo>
9. Gerson, L. B., Mitra, S., & Bleker, W. F. (2012). Control of intraoesophageal pH in patients with Barrett's oesophagus on omeprazole-sodium bicarbonate therapy. *Aliment pharmacol ther*, 35, 803-9.
10. Hani de Ardila, A. C., & Guzman Rojas, G. A. (2011). Laringitis cronica asociada a reflujo gastroesofagico. La perspectiva del gastroenterologo. *Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología*.
11. Jimenez Fandino, L. H., Mantilla Tarazona, N., & Ospina Diaz, J. A. (2011). Laringitis por reflujo la perspectiva del otorrinolaringologo.

Asociaciones Colombianas de Gastroenterología, Endoscopia digestiva, Coloproctología y Hepatología.

12. Johnson, T., Gerson, L., Hershcovici, T., Stave, C., & Fass, R. (2010). Systematic review the effects of carbonated beverages on gastroesophageal reflux disease. *Aliment pharmacol ther*, 31, 607-14.
13. Kahrilas, P. J., Hughes, N., & Howden, C. W. (2011). Response of unexplained chest pain to proton pump inhibitor treatment in patients with and without objective evidence of gastro-oesophageal reflux disease. *Gut*, 60, 1473-8.
14. Kaltenbach, T., Crockett, S., & Gerson, L. B. (2006). Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med*, 166, 965-71.
15. Katz, P. O., Gerson, L. B., & Vela, M. F. (2013). Guidelines for the diagnosis and management of Gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol*, 108, 308-328.
16. Lee, R. D., Mulford, D., & Wu, J. (2010). The effect of time-of-day dosing on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of dexlansoprazole MR: evidence for dosing flexibility with a Dual Delayed Release proton pump inhibitor. *Aliment pharmacol ther*, 31, 1001-11.
17. Metz, D. C., Vakily, M., & Dixit, T. (2009). Review article: dual delayed release formulation of dexlansiprazole MR, a novel approach to overcome the limitations of conventional single release proton pump inhibitor therapy. *Aliment pharmacol ther*, 29, 928-37.
18. Moayeddi, P., Talley, N. J., Fennerty, M. B., & Vakil, N. (2006). Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA*, 295, 1566-1576.
19. Monteiro Zappellini, C. E., Cavalcante de Macedo, A. C., Caixeta Guimaraes, A., VegaBraga, F. L., Picoli, D. I., Sartorato, E. L., & Machado de Carvalho, G. (2014). Diagnostico del reflujo faringolaringo: endoscopia vs PHmetria. *Rev Argent Cirug*, 106(4), 217-20.
20. Montes Rios, R. A., & Cardenas Padron, R. (2011). Incidencia de las manifestaciones otorrinolaringológicas del reflujo gastroesofágico en personas jóvenes de México. *Revista de especialidades medico-quirurgicas*, 16(3).
21. Montes Rios, R. A., & Garcia Ruiz, D. A. (2013). Reflujo laringofaríngeo. *An Orl Mex*, 58, 170-174.
22. Moreno Padilla, R., Gonzalez Vicens, E., & Flores Moro, A. (2012). Correlacion de sintomas y signos de reflujo laringofaríngeo en pacientes adultos con disfonia comparados con pacientes sanos. *An Orl Mex*, 58(3).

23. Remes Troche, J. M., & Azamar Jacome, A. A. (2010). Laringitis por reflujo: mito o realidad? *Med Int Mex*, 26(6), 573-582.
24. Sharma, P., Shaheen, N. J., & Perez, M. C. (2009). Clinical trials: healing erosive esophagitis with dexlansoprazole MR, a proton pump inhibitor with a novel dual delayed-release formulation - results from two randomized controlled studies. *Aliment pharmacol ther*, 29, 731-41.
25. Vakil, N., van Zanten, S. V., Kahrilas, P., Dent, J., & Jones, R. (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol*, 101, 1900-1920.
26. Yaghoobi, M., Farrokhyar, F., Yuan, Y., & Hunt, R. H. (2010). Is there an increased risk of GERD after Helicobacter pylori eradication?: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 105, 1007-13.



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **OCHOA CONCHA, STEPHANY JUDITH**, con C.C: # **09930921663** autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **26 de septiembre de 2016**

f. _____

Nombre: **Ochoa Concha, Stephany Judith**

C.C: **0930921663**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **NEIRA ESCOBAR, LEONOR CECILIA**, con C.C: #**1206291682** autor/a del trabajo de titulación: **PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DE VÍAS AÉREAS SUPERIORES EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO, HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO, AÑO 2015** previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

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

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

Guayaquil, **26 de septiembre de 2016**

f. _____

Nombre: **Neira Escobar, Leonor Cecilia**

C.C: **1206291682**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de síntomas de vías aéreas superiores en pacientes con diagnóstico de reflujo gastroesofágico, hospital Teodoro Maldonado Carbo, año 2015		
AUTOR(ES)	Ochoa Concha, Stephany Judith Neira Escobar, Leonor Cecilia		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dra. Benites Estupiñan, Elizabeth María		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de septiembre del 2016	No. DE PÁGINAS:	36
ÁREAS TEMÁTICAS:			
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	reflujo, gastroesofágico, causalidad, laringitis. síntomas, otorrinolaringología, gastroenterologia		
<p>El reflujo gastroesofágico es una patología común y de difícil diagnostico en algunas ocasiones, ya que muchas veces sus primeras manifestaciones suelen ser respiratorias lo que hace que se las diagnostique como cuadros de tipo respiratorios y se de tratamientos erróneos regresando así mes a mes el paciente con la misma sintomatología y esperando resolución con cambios de antibióticos innecesarios, ya que el origen de la patología es otro.</p> <p>Objetivo: determinar la prevalencia con la que se presentan los síntomas respiratorios en los pacientes con reflujo gastroesofágico.</p> <p>Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal de prevalencia, correlacional, analítico de cohort.El universo fueron 421 pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil con sintomatología respiratoria y recibieron diagnóstico de reflujo gastroesofágico en los meses de enero a diciembre del 2015, de los cuales la muestra fueron 67 pacientes seleccionados de acuerdo a criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>Conclusión: En el presente estudio se encontró que el 68.7% de los pacientes presentaron tos y el 70.1% odinofagia, seguido de otros síntomas menos frecuentes como la carraspera, epigastralgia, prurito, disfonía y la disfagia. Según los resultados encontrados en el presente estudio, los síntomas respiratorios son una queja común en los pacientes con reflujo gastroesofágico. Es importante tomar en cuenta esta sintomatología para el abordaje integral del paciente y correlacionarlo con los hallazgos endoscópicos e incluir esta patología dentro del diagnóstico diferencial en un paciente con síntomas respiratorios</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Stephany Ochoa +593 992058230 Leonor Neira +593 993230829	epi93@hotmail.com noni1991_7@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593 0982742221		
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			