

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Segunda Especialidad en Otorrinolaringología



“DIAGNÓSTICO DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO MEDIANTE EL ÍNDICE DE SÍNTOMAS Y SCORE DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA ESSALUD 2017”

Trabajo Académico presentado por:

González Castro, Adriana Lucia

Para optar el Título de Segunda

Especialidad en Otorrinolaringología

Asesor: Dr. Pino Chávez, Wilfredo

Oswaldo

AREQUIPA - PERÚ

2017

PREÁMBULO

El Reflujo Faringolaríngeo (RFL) es un síndrome que se caracteriza por síntomas inespecíficos con manifestaciones extralaríngeas como: laringitis, disfonía, fatiga vocal, globus, carraspeo excesivo, tos crónica y disfagia leve. Dichos síntomas pueden aparecer juntos o por separado. Son causados por un flujo gástrico, que en forma retrógrada alcanza la laringofaringe¹. Esto también se presenta en el Reflujo gastroesofágico en donde el ácido del contenido estomacal sube hacia el esófago de manera no fisiológica y sin presencia de náuseas ni vómitos. Si bien ambas patologías comparten el mismo punto de partida, son consideradas entidades distintas, cuyos síntomas y necesidad de tratamiento son diferentes². Se han realizado diversos estudios en pacientes con Reflujo faringolaríngeo en donde los síntomas presentados diferían de los encontrados en el Reflujo gastroesofágico. Además se observó en las endoscopías altas realizadas a dichos pacientes, que no presentaban cambios en el esófago como la esofagitis, típica del ERGE. El primero en describir la existencia del RFL fue James Koufman en el año 1988, el cual surgió tras la necesidad de definir una entidad patológica, la cual se pensaba estaba relacionada con el RGE³. Actualmente ésta patología ha tomado gran interés, por lo que un gran número de publicaciones Intentan explicar el trastorno fisiopatológico de este síndrome. La importancia del RFL radica en que se presenta en hasta el 10% de los pacientes que acuden a la consulta otorrino-laringológica. Además, se ha observado que en más del 50% de los pacientes con disfonía, existen signos de la existencia de una enfermedad por reflujo subyacente⁴.



RESUMEN

En los últimos años se ha suscitado un interés científico y académico en torno a los aspectos clínicos y métodos diagnósticos del reflujo faringolaríngeo (RFL) debido a que cursa con diversos síntomas no específicos que comúnmente se ven en la consulta médica del Otorrinolaringólogo. El uso del índice de síntomas del reflujo faringolaríngeo (ISR) en conjunto con el uso del índice de hallazgos endoscópicos, permite un correcto diagnóstico y adecuado tratamiento para dicha patología. Además pueden ser utilizados para el seguimiento de los pacientes. Por esta razón es que en este trabajo académico se propone el uso de los mencionados índices en pacientes con síntomas de patología faringolaríngea. Existen otros métodos diagnósticos, pero estos son más costosos e invasivos para los pacientes.

Palabras claves:

Reflujo faringolaríngeo, otorrinolaringólogo, índice de síntomas de Reflujo faringolaríngeo, índices de hallazgos endoscópicos

ABSTRACT

In recent years there has been a scientific and academic interest in the clinical aspects and diagnostic methods of pharyngolaryngeal reflux (LFR) due to various non-specific symptoms commonly seen in the medical consultation of Otolaryngologists. The use of the index of symptoms of pharyngolaryngeal reflux (SRI) in conjunction with the use of the index of endoscopic findings, allows a correct diagnosis and adequate treatment for this pathology. They can also be used to monitor patients.

For this reason, in this academic work, the use of the aforementioned indexes in patients with symptoms of pharyngolaryngeal pathology is proposed. There are other diagnostic methods, but these are more expensive and invasive for patients.

Keywords:

Pharyngo-laryngeal reflux, otorhinolaryngologist, symptom index of pharyngolaryngeal reflux, indices of endoscopic findings

ÍNDICE

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	01
1. Problema de investigación	01
1.1 Enunciado del Problema	01
1.2. Descripción del Problema	01
a) Área del Conocimiento	01
b) Análisis u operacionalización de variables	02
c) Interrogantes básicas	03
d) Tipo de investigación.....	03
e) Nivel de investigación.....	03
1.3 Justificación del Problema	04
2. Marco Teórico.....	05
2.1 Análisis de Antecedentes Investigativos	11
2.2 Objetivos.....	12
a) Objetivo General	12
b) Objetivos Específicos	12
2.3 HIPÓTESIS	13
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	13
1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación.....	13
1.1 Técnicas:.....	13
1.2 Instrumentos	13
a) Historia clínica.....	13
b) Ficha de Recolección de Datos	14
c) Instrumentos Mecánicos.....	14
1.3 Materiales de Verificación	14

a. Campo de Verificación	14
b. Estrategia de Recolección de Datos.....	16
III. CRONOGRAMA DE TRABAJO	18
IV. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	18



PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1 Enunciado del Problema

¿Cuál es el resultado del uso del índice de síntomas de reflujo y el score de hallazgos endoscópicos en el diagnóstico del reflujo faringolaríngeo en pacientes de la Red asistencial Arequipa de Essalud de julio a diciembre del 2017?

1.2 Descripción del Problema

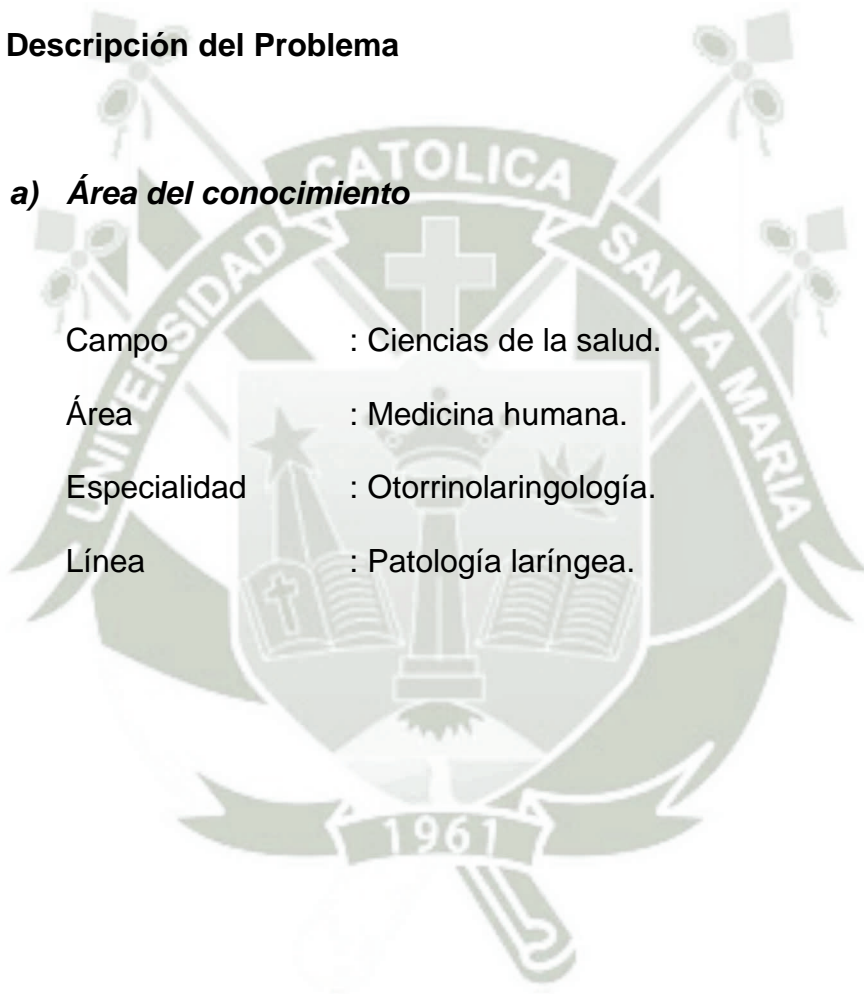
a) *Área del conocimiento*

Campo : Ciencias de la salud.

Área : Medicina humana.

Especialidad : Otorrinolaringología.

Línea : Patología laríngea.



b) Análisis u operacionalización de variables

Definición operacional

VARIABLES	INDICADOR	VALORES O CATEGORÍAS	TIPO DE VARIABLE
Diagnóstico clínico	Índice de síntomas de Reflujo Faringolaríngeo	Disfonía Carraspera Presencia de moco Dificultad para deglutir Tos después de comer Sensación de ahogo Tos ocasional Sensación de taco en garganta Quemadura retroesternal	Categórica nominal
Diagnóstico Endoscópico	Score de hallazgos Endoscópicos de Reflujo Faringolaríngeo	Pseudosulcus Obliteración del ventrículo Eritema/Hiperemia Edema pliegue vocal Edema laríngeo difuso Hipertrofia de comisura posterior Granuloma Moco endolaríngeo	Categórica nominal
Edad	Años cumplidos	Años	Numérica discreta
Sexo	Características secundarias	Masculino Femenino	Categórica Nominal
Tiempo de enfermedad	Relato del paciente	Menos de 6 meses De 6 a 12 meses Más de 12 meses	Categórica ordinal
Diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo (RFL)	Índice de síntomas y score de hallazgos endoscópicos	Si No	Categórica Nominal

c) Interrogantes básicas

- 1.- ¿Cuáles son los principales síntomas presentados en los pacientes con Reflujo Faringo.laríngeo?
- 2.- ¿Cuáles son los principales hallazgos endoscópicos en los pacientes con el diagnóstico de RFL?
- 3.- ¿Cuál es la frecuencia de reflujo faringolaríngeo en pacientes de la red asistencial Essalud Arequipa entre julio y diciembre del 2017?
- 4.- ¿Cuál es la evolución de los pacientes diagnosticados con Reflujo Faringolaríngeo mediante los ya mencionados índices?
- 5.- ¿Cuál es el resultado en el diagnóstico de RFL mediante el uso del índice de síntomas de reflujo y el score de hallazgos endoscópicos en pacientes de la Red asistencial de Essalud Arequipa?

d) Tipo de investigación

El presente trabajo es relacional, prospectivo, transversal

e) Nivel de investigación

Relacional: Porque realiza una concordancia entre los resultados clínicos y endoscópicos encontrados en los pacientes con RFL.

1.3 Justificación del Problema

- Originalidad: Revisada la literatura nacional, no se ha encontrado estudios referidos a la aplicación de los índices de síntomas y score de hallazgos del RFL; por lo que el presente estudio pretende impulsar el uso de los scores para el correcto diagnóstico de dicha patología.
- Relevancia: El diagnóstico mediante el uso del índice de síntomas y score de hallazgos permite el correcto diagnóstico del RFL, para lo cual el paciente podría recibir el tratamiento adecuado. De ahí la importancia de estudiar las características clínicas, teniendo luego en cuenta, a las descritas en los hallazgos endoscópicos.
- Contribución con el conocimiento: Debido que a mayor conocimiento del Reflujo faringo-laríngeo, mejor será el correcto diagnóstico de dicha patología con un tratamiento adecuado y seguimiento personalizado.
- Factibilidad: Se ha verificado la disponibilidad de recursos materiales, logísticos y económicos para la realización del presente estudio; así mismo se ha solicitado la autorización respectiva para continuar con el desarrollo del presente trabajo.
- Trascendencia: De acuerdo con los resultados obtenidos se logrará contribuir con el estudio de la eficiencia diagnóstica aplicable al área de la Otorrinolaringología.
- Importancia académica y profesional: Por la conveniencia del investigador de la especialidad en cuestión y la concordancia del tema

con las políticas de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María

2. Marco teórico

REFLUJO FARINGO LARÍNGEO:

ETIOLOGÍA

El Reflujo Gastroesofágico (RGE) y el Reflujo Faringolaríngeo (RFL) se deben a factores multifactoriales. Dentro de estos se consideran: una disfunción del esfínter esofágico, el tiempo de exposición al material refluído y el nivel de sensibilidad del tejido^{2,21}. Ya se ha demostrado que el epitelio laríngeo presenta mayor sensibilidad al ácido del contenido gástrico que el epitelio esofágico. Sólo bastan tres episodios de RFL, con pH inferior a 4 a la semana, para que se produzca daño, a diferencia del RGE que requiere del orden de 50 episodios semanales para producir algún grado de daño^{7,21}. La explicación de esta mayor sensibilidad epitelial laríngea permanece aún poco clara, pero se cree que la presencia de un pH bajo a nivel de la laringe, acompañado de la presencia de pepsina, generaría una reacción, que aumentaría la producción de proteínas de estrés, afectando la reparación epitelial local, provocando el daño antes descrito^{3,21}. Esto resultaría en que mínimas cantidades del contenido gástrico refluído provoquen daño, a diferencia de lo que ocurre en el epitelio esofágico.

FISIOPATOLOGÍA

Existen cuatro barreras fisiológicas que protegen la vía aérea superior, del daño provocado por el reflujo^{4,12,21}. Estas son el esfínter esofágico superior e inferior, la mucosa esofágica y las ondas motoras del esófago (*clearance* esofágico). Cuando alguna de estas barreras falla, el epitelio respiratorio de la laringe posterior pierde su función natural, la cual

es barrer el mucus desde el árbol traqueobronquial, provocando acumulación de éste²¹. Esta situación desencadena sensación de descarga posterior y genera carraspeo laríngeo. Por otro parte el contenido gástrico refluido genera tos debido a que la sensibilidad de los terminales nerviosos de la laringe esta regulada por la Inflamación local. Todo esto es capaz de generar edema, úlceras por contacto y granulomas, los que desencadenan síntomas relacionados al RFL como la voz ronca, el globus faríngeo y la odinofagia¹.

Estudios recientes sugieren que el tejido laríngeo estaría protegido de la acción del ácido, a través de la regulación del pH local, mediante la acción de una anhidrasa carbónica ubicada en la laringe posterior^{11,21}. Su acción la llevaría a cabo mediante la hidratación de dióxido de carbono, desviando la reacción hacia la producción de bicarbonato, protegiendo de esta forma a la mucosa^{3,21}.

Específicamente, se ha reportado la existencia de una isoenzima III de la anhidrasa carbónica, la cual se encuentra en elevada en un epitelio laríngeo normal⁸. Esta enzima estaría disminuida, llegando Incluso a estar ausente hasta en el 64% de las biopsias practicadas en pacientes con dicha patología del Reflujo Faringo-laríngeo (RFL).

DIAGNÓSTICO

Historia clínica

Es importante recalcar el significado que tiene la existencia de disfonía ya que es uno de los síntomas mayormente referidos por los pacientes. La laringitis, además de ser poco específico, puede atribuirse a múltiples causas, que van desde procesos auto limitados, hasta el trauma vocal. Con respecto a la disfonía funcional esta es definida como la dificultad en la producción de la voz, en ausencia de una alteración de la mucosa laríngea^{3,21}.

Koufman fue el primero en distinguir claramente el RFL del Reflujo Gastroesofágico (RGE), mediante un reporte combinado de 899 pacientes.^{1,21} Entre los que tenían RFL, 87% presentaba carraspera, en contraposición

con los diagnosticados con RGE, quienes referían dicho síntoma en el 3% de los casos¹. Así también, en relación a la presencia de síntomas como pirosis, dicha manifestación se encontraba presente en el 83% de los pacientes con RGE, a diferencia de los pacientes con RFL quienes lo referían en el 20% de los casos^{1,21}. Una encuesta Internacional de la asociación Broncoesofágica Americana, reveló que los síntomas de RFL más frecuentemente encontrados eran: carraspera (98%), tos crónica (97%), globus faríngeo (95%) y la disfonía (95%)²¹. Por otro lado, Belafsky y colaboradores se encargaron del desarrollo de índices que permitían describir los síntomas presentados por los pacientes. Esta se basa en una escala de 0 a 5 puntos. En esta se les pregunta a los pacientes por síntomas como disfonía o problemas vocales, carraspera, descarga nasal posterior, odinoofagia, tos después de comer o con el decúbito, dificultad para respirar o sensación de ahogo, problemas o molestias para toser, sensación de cuerpo extraño en la laringe y pirosis o ardor retroesternal, dolor torácico, Indigestión o regurgitaciones^{8,21}.

Laringoscopia

No existen signos específicos laríngeos de Inflamación, pero sí hallazgos que nos pueden sugerir patología de Reflujo faringolaríngeo. Dentro de éstos, el más frecuente es la llamada "laringitis posterior" ([Figura 1](#)), que corresponde al engrosamiento, enrojecimiento y edema de la zona posterior de la laringe^{13,21}. La presencia de granulomas también ha sido asociado de forma importante. (65%-74%) en los casos confirmados de RFL, mediante la monitorización de pH^{15,21}. Además la presencia de *pseudo sulcus* en la zona Intermedia del pliegue vocal. Este último encontrado aproximadamente en un 90 % de los pacientes con RFL . Al realizar una comparación entre un grupo de 30 pacientes con RFL con otro grupo control del mismo número de sujetos, la sola presencia del surco al examen, aumenta la probabilidad de tener un test de pH positivo para RFL en 2,5 veces^{13,21}. Por otro lado la sensibilidad y especificidad reportada para la presencia del surco en pacientes con RFL fue de 70% y 77% respectivamente, por lo que este hallazgo sigue siendo solamente

sugerente de esta patología²¹. Ya que no existen hallazgos patognomónicos de Reflujo faringolaríngeo, Belafsky y cols., elaboraron una escala que evalúa 8 ítems clínicos, con el fin de objetivar la severidad de los hallazgos laringoscópicos^{8,16,21}. Dichos ítems son evaluados del 0 al 4 e Incluyen la presencia de: edema subglótico, obliteración ventricular, eritema e hiperemia, edema de la cuerda vocal, edema laríngeo difuso, hipertrofia de la comisura posterior y la presencia de granulomas^{8,21}. Dicha escala nos permite el correcto diagnóstico y tratamiento de los pacientes ya que con un puntaje mayor o igual a 7 asegura el diagnóstico con 95% de certeza.

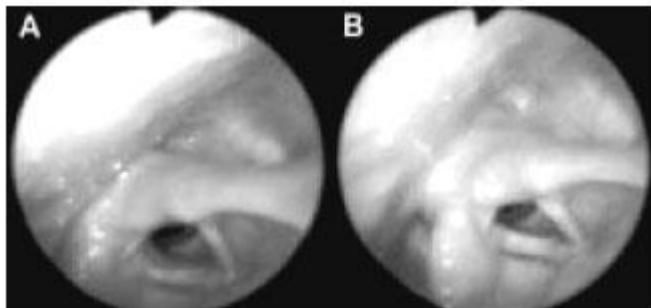


Figura 1. (A y B) Se aprecia la comisura posterior edematosa y de superficie irregular.

Confirmación del reflujo

Se han descrito tres maneras de confirmar el diagnóstico: Estos son la respuesta sintomática a la terapia médica empírica y conductual, la objetivación del daño de la mucosa mediante endoscopia ([Figura 1](#)) y la demostración de reflujo mediante estudios de monitoreo de pH²¹. Además podemos hacer uso de otros estudios como radiografías, manometría esofágica, medición espectrofotométrica de reflujo biliar y biopsia de la mucosa. Debido a que varios pacientes responden de manera satisfactoria al tratamiento médico empírico, éste se acepta como un antecedente importante y de gran valor diagnóstico. La terapia empírica se basa principalmente en el uso de inhibidores de la bomba de protones por al menos 3 meses²¹. Además como parte del estudio se debería considerar un examen de endoscopia alta, en todos los casos en que exista sospecha de RFL.

En general se ha reportado que la endoscopía tiene un bajo rendimiento, pero una experiencia reciente de Poelmans y cols, muestra resultados diferentes^{17,21}. Se estudió un grupo de pacientes, con síntomas de RFL como odinofagia, disfonía, tos no productiva y globus, todos con respuesta refractaria al tratamiento. Luego del análisis de su endoscopía se encontró un resultado considerable para las lesiones relacionadas con la presencia de reflujo (esofagitis erosiva y esófago de Barret) comparadas con 42,6% del grupo control, quienes relataban síntomas clásicos de reflujo, como pirosis y regurgitación acida²¹.

En general los estudios con endoscopía digestiva alta (EDA) y la monitorización de pH durante 24 horas, han sido menos útiles en el estudio de pacientes con RFL que en los que con RGE^{3,21}. La Endoscopía digestiva alta muestra lesiones esofágicas en aproximadamente 50% de los pacientes con Reflujo gastroesofágico, mientras que en los pacientes con RFL estos hallazgos se presentan en una cifra menor al 20%^{3,21}. Para diagnosticar el RFL resulta más útil realizar un estudio ambulatorio multicanal de impedancia intraluminal y monitoreo de pH, pero estos son costosos y no disponibles en nuestro medio.

En un estudio realizado por Vavricka y cols, en el año 2007, se estudió la prevalencia de cambios en el tejido de la región laringofaríngea, en pacientes con y sin hallazgos endoscópicos de RGE²¹.

En este estudio se encontró una gran prevalencia de cambios en la región laringofaríngea, a los cuales se les practicó una Endoscopía digestiva alta²¹.

Los resultados mostraron la misma prevalencia de lesiones, tanto en los pacientes con y sin RGE. Estos resultados sugieren que la mayoría de las lesiones laringofaríngeas que se suponen relacionadas a la presencia de ácido, tienen otras causas, diferentes a las relacionadas con el RGE²¹.

TRATAMIENTO

A penas realizado el diagnóstico de Reflujo faringolaringeo mediante el uso de los índices anteriormente mencionados, se debe educar a los pacientes y explicarles la naturaleza del problema para que entiendan la importancia de los cambios dietéticos que deben realizar para mejorar su condición. se recomienda la pérdida de peso, dejar de fumar y evitar el alcohol. Dentro de los cambios en la dieta se incluyen: disminuir el consumo de chocolate, grasas, cítricos, bebidas gasificadas, condimentos como pimienta y picantes, tomate, vino tinto, café y las comidas a media noche.

Las últimas guías oficiales de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL) para el manejo de manifestaciones extradigestivas de reflujo recomiendan realizar una *prueba terapéutica con IBPs en pacientes* con síntomas sugestivos de RLF y hallazgos positivos en la laringoscopia²¹.

Estas guías sugieren iniciar manejo con inhibidores de bomba de protones (omeprazol 20mg) dos veces al día. El tratamiento se debe mantener con esas dosis durante 2 a 3 meses hasta evaluar de nuevo al paciente²¹.

Si luego de cumplir el tratamiento por el tiempo indicado, se obtuvo una respuesta adecuada, se mantiene el tratamiento propuesto durante 6 meses disminuyendo progresivamente la dosis. Si no se consiguen resultados favorables se sugiere cambiar de molécula o adicionar un AntiH2 como la ranitidina o asociar los alginatos¹². El manejo de dichos pacientes debe ser en conjunto con Gastroenterología para así descartar o tratar de manera oportuna alguna patología agregada como la Hernia Hiatal.

2.1. Análisis de antecedentes investigativos

Internacional:

Autor: Luis Humberto Jiménez Fandiño, MD,¹ Natalia Mantilla Tarazona, MD,² Javier Andrés Ospina Díaz, MD.³

Título: Laringitis por reflujo: La perspectiva del otorrinolaringólogo “Reflux laryngitis: an Otolaryngologist’s perspective”

Fuente: Artículo de investigación: Revista Col Gastroenterol 2011 Sep; 26(3): 195-197.

Resumen:

La laringitis por reflujo es una patología reconocida como una de las manifestaciones extradigestivas del reflujo gastroesofágico que se ha convertido en uno de los motivos de consulta más frecuentes en la práctica del otorrinolaringólogo. En esta revisión buscamos exponer el punto de vista del otorrinolaringólogo frente a esta enfermedad y mostrar la controversia que aún existe sobre su fisiopatología, diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave

Laringitis, reflujo gastroesofágico, reflujo laringofaríngeo.

Autor: Olavarría L Christian, Cortez V Pedro. Reflujo faringolaríngeo

Título: “Reflujo faringolaríngeo: Revisión de los nuevos métodos diagnósticos”

Fuente: Rev. Otorrinolaringología Cirugía Cabeza Cuello. 2015 Abr; 75(1): 61-66.

RESUMEN: El reflujo faringo laríngeo (RFL), es una causa común de morbilidad del tracto aerodigestivo superior. A pesar de su alta prevalencia, aún existe controversia respecto de la precisión diagnóstica de esta enfermedad, así como de su fisiopatología y manejo. Los test diagnósticos actuales aún presentan limitaciones significativas, de ahí que surja el interés por encontrar métodos rápidos y eficientes que

mejoren su pesquisa. El presente trabajo tiene por objeto la revisión de la literatura actual en cuanto a los métodos disponibles para su diagnóstico. Palabras clave: Laringitis, reflujo faringolaríngeo, pH-metría, pepsina en saliva.

2.2. Objetivos:

a) Objetivo general:

Determinar el diagnóstico del reflujo faringolaríngeo mediante el índice de síntomas y score de hallazgos endoscópicos en pacientes de la Red asistencial Arequipa de Essalud de julio a diciembre del 2017.

b) Objetivos específicos:

1. Determinar los principales síntomas del reflujo faringolaríngeo en pacientes de la Red asistencial Arequipa de Essalud.
2. Determinar los principales hallazgos endoscópicos del reflujo faringolaríngeo en pacientes de la Red asistencial de Arequipa de Essalud.
3. Determinar la frecuencia del reflujo faringolaríngeo en pacientes de la Red asistencial Arequipa de Essalud.
4. Determinar la evolución de los pacientes relacionada con el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo mediante el uso del índice de síntomas y score de hallazgos endoscópicos.

5. Determinar el resultado del diagnóstico de RFL mediante el uso del índice de síntomas de reflujo y score de hallazgos endoscópicos.

2.3. HIPÓTESIS

El uso del Índice de síntomas de reflujo aunado al score de hallazgos endoscópicos nos resulta en un 95% de acierto para el diagnóstico de Reflujo faríngeolaríngeo, de no utilizar dichos índices o de hacerlo cada uno por separado, se obtendrá un sub ó sobre diagnóstico de dicha patología lo que llevaría a un tratamiento no adecuado y por consiguiente una mala evolución en el paciente.

I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

a. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- 1.1 **Técnicas:** Recolección de datos mediante la aplicación tanto los índices de síntomas, cómo score de hallazgos endoscópicos para RFL.

Además se realizará a todos los pacientes el examen de Nasofibrolaringoscopia.

- 1.2 **Instrumentos:**

Índice de síntomas de RFL.

Score de hallazgos endoscópicos para RFL.

a. Historia Clínica

La historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal. Además de los datos clínicos que tengan

relación con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos simplemente, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos, informaciones y consentimiento informado del paciente.

b. Ficha de recolección de datos.

Construida con fines exclusivos del presente estudio.

c. Instrumentos mecánicos

- PC Pentium D e Impresora
- Sistema operativo y Procesador de texto Word 2010.
- Soporte estadístico SPSS 18.0 for Windows
- Nasofobrolaringoscopio marca KARL STORZ.

1.3 Materiales de Verificación

- Material de escritorio.
- Fichas de evaluación
- Matriz de datos

a. Campo de Verificación

Ubicación espacial

La investigación se realizará en el Hospital Base Carlos Alberto Según Escobedo ubicado en la calle Peral s/n Cercado Arequipa.

Ubicación temporal

Se trata de una investigación prospectiva, debido a que se tomarán los datos de todos los pacientes con laringitis crónica entre julio del 2017 a diciembre del 2017.

Unidades de estudio: pacientes con laringitis crónica a los que se le aplicarán los índices de síntomas y score de hallazgos endoscópicos.

Criterios de Inclusión

Pacientes con el diagnóstico laringoscópico de: laringitis crónica a descartar (d/c) Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico (ERGE).

Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico de laringitis crónica por diagnóstico distinto a d/c ERGE.

Universo o población

Está constituido por los pacientes con diagnóstico de laringitis crónica a d/c ERGE realizado únicamente en examen de Nasofibrolaringoscopia y que posteriormente serán derivados al servicio de Gastroenterología entre julio del 2017 y diciembre del 2017.

Muestra

De acuerdo con los datos disponibles; se tomará una muestra representativa del total de la población sujeta de estudio.

b. Estrategia de Recolección de Datos

Organización

Planteamiento del presente estudio y permiso al jefe del servicio de Otorrinolaringología del hospital CASE Arequipa, así como a los pacientes en estudio a quienes se les aplicarán los índices de síntomas y score de hallazgo.

Solicitud formal a la Facultad de Medicina de la UCSM, para la revisión y aprobación del presente proyecto de tesis.

Recursos

1. Recursos humanos

- El autor.
- El tutor.
- El Asesor estadístico.
- Grupo Recolector de datos.

2. Recursos Físicos

- Instalaciones del Hospital CASE Essalud.
- Score de Hallazgos e Índice de síntomas de RFL.

3. Recursos financieros

- Financiado por el Autor.

Validación de instrumentos

Los instrumentos utilizados para la recolección de datos son el índice de síntomas y score de hallazgos para RFL, previamente validados en otros estudios⁶, y la Historia Clínica. El equipo de Nasofibrolaringoscopia, con que cuenta el Hospital Base CASE Arequipa marca Karl Storz año 2009.

Criterios para el manejo de los resultados

A nivel de sistematización

Para el procesamiento de los datos se procederá a elaborar una Matriz de datos digital en el editor de Datos del Programa Estadístico SPSS 18.0 for Windows, de donde se obtendrán las tablas y gráficas como forma de representación de los resultados.

A nivel de estudio de datos

Basados en los resultados obtenidos del Software SPSS; las variables cualitativas se describirán en frecuencia absoluta (N) y frecuencia relativa (%). Se realizará el Índice de Concordancia Kappa de Cohen para medir el grado de acierto en el diagnóstico clínico de Reflujo Faringo Laríngeo.

III. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de Actividades de acuerdo al cronograma de Gantt.

TIEMPO	2017											
	Julio- Agosto				Setiembre a Noviembre				Diciembre			
ACTIVIDADES												
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica.	x	x	x	x								
Elaboración del Proyecto			x	x	x	x						
Aprobación del plan de tesis					x	x	x	x	x			
Recolección de datos.							x	x	x			
Procesamiento, análisis e interpretación de datos								x	x			
Elaboración del informe final.									x	x		

IV. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Koufman JA, Aviv JE, Casiano RR, Shaw GY. Laryngopharyngeal reflux: position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology–Head Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127: 32-35.
2. Payne RJ, Kost KM, Frenkiel S, Zeitouni AG, Sejean G, Sweet RC, Naor N, Hernández L, Kimoff RJ. Laryngeal inflammation assessed using the reflux finding score in obstructive sleep apnea. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 134(5): 836-42.
3. Pasic TR, Palazzi-Churas KL, Connor NP, Cohen SB, Levenson GE. Association of extraesophageal reflux disease and sinonasal symptoms: prevalence and impact on quality of life. *Laryngoscope* 2007; 117(12): 2218-28.
4. Parsons JP, Mastrorade JG. Gastroesophageal reflux disease and asthma. *Curr Opin Pulm Med* 2010; 16(1): 60-3.

5. DelGaudio JM, Naseri I, Wise JC. Proximal pharyngeal reflux correlates with increasing severity of lingual tonsil hypertrophy. *Otolaryngology Head Neck Surg* 2008; 138(4): 473-8
6. C. Suarez – Gil Carcedo – J Marco JE Medina – P. Ortega –J. Trinidad *Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello Edición 2009*
7. Koufman JA, et al. Laryngopharyngeal reflux: Position statement of the Committee on Speech, Voice, and Swallowing Disorders of the American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2002;127:32-35.
8. Belafsky PC, Postman GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). *J Voice* 2002; 16:274-77.
9. Vaezi MF, Gastroesophageal Reflux Disease and the Larynx, *J Clin Gastroenterol* 2003; 36(3): 198-203.
10. Ahmed TF, Khandwala F, Abelson TI, et al. Chronic laryngitis associated with gastroesophageal reflux: prospective assessment of differences in practice patterns between gastroenterologists and ENT physicians. *Am J Gastroenterol* 2006, 101: 470- 478
11. Hicks DM, Ours TM, Abelson TI, et al. The prevalence of hypopharynx findings associated with gastroesophageal reflux in normal volunteers. *J Voice* 2002; 16: 564- 579.
12. As Branski RC, Bhattacharyya N, Shapiro J. The reliability of the assessment of endoscopic laryngeal findings associated with laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope* 2002;112: 1019-1024.
13. Reavis KM, Morris CD, Gopal DV, Hunter JG, Jobe BA. Laryngopharyngeal reflux symptoms better predict the presence of esophageal adenocarcinoma than typical gastroesophageal reflux symptoms. *Ann Surg* 2004; 239(6): 849-56.
14. Ylitalo R, Lindestad P, Ramel S. Symptoms, laryngeal findings, and 24-hour pH monitoring in patients with suspected gastroesophago-pharyngeal reflux. *Laryngoscope* 2001;111: 1735-41.

15. Maronian NC, Azadeh H, Waugh P, Hillel A. Association of laryngopharyngeal reflux disease and subglottic stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2001; 110(7 Pt 1): 606-12.
16. Kuhn J, Toohill RJ, Ulualp SO, et al. Pharyngeal acid reflux events in patients with vocal cord nodules. *Laryngoscope* 1998; 108: 1146-9.
17. Manning SC, Inglis AF, Mouzakes J, et al. Laryngeal anatomic differences in pediatric patients with severe laryngomalacia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 131: 340-343.
18. Maschka DA, Bauman NM, McCray Jr PB, et al. A classification scheme for paradoxical vocal cord motion. *Laryngoscope* 1997; 107: 1429-1435.
19. Roh JL, Yoon YH. Effect of acid and pepsin on glottic wound healing: a simulated reflux model. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 132(9): 995-1000.
21. Rodolfo Nazar S1, Juan Fullá O2, Ma Antonieta Varas P2, Alfredo Naser Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica Pharyngoiaryngeai reflux: A literature review G1.Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello v.68 n.2 Santiago ago. 2008 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162008000200012> Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello 2008; 68:193-198

FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“APLICACIÓN DE LOS ÍNDICES DE SÍNTOMAS(RSI) Y SCORE DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS (RFS) EN EL DIAGNÓSTICO DEL REFLUJO FARINGOLARÍNGEO EN PACIENTES DE LA RED ASISTENCIAL AREQUIPA DE ESSALUD 2017”

Índice de hallazgos de reflujo o “Reflux Finding Score”

Hallazgos Puntaje	
• Pseudosulcus = presente	0 = ausente, 2
• Obliteración del ventrículo = parcial, 3 = completa	0 = no hay, 2
• Eritema/Hiperemia = aritenoides, 3 = difuso	0 = no hay, 2
• Edema de pliegue vocal = leve, 3 = severo, 4 = polipoideo	0 = no hay, 2
• Edema laríngeo difuso = leve, 3 = severo, 4 = obstructivo	0 = no hay, 2
• Hipertrofia de la comisura posterior = leve, 3 = severo, 4 = obstructivo	0 = no hay, 2
• Granuloma/tejido de granulación = presente	0 = ausente, 2
• Moco espeso endolaríngeo = presente	0 = ausente, 2

RESULTADOS: El puntaje máximo es de 26 y un puntaje de 7 ó mayor a 7 es considerado altamente sospechoso de RLF

Adaptada de Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). Laryngoscope 2001; 111: 1313-1317.

Índice de síntomas de reflujo o “reflux symptom index”

Durante el mes pasado, ¿cómo lo afectaron los siguientes problemas?

- 1. Disfonía u otro problema con su voz
0 1 2 3 4 5
- 2. Carraspera
0 1 2 3 4 5
- 3. Presencia de moco excesivo en su garganta o goteo retrorinal
0 1 2 3 4 5
- 4. Dificultad para deglutir alimentos, líquidos o pastillas
0 1 2 3 4 5
- 5. Tos después de comer o acostarse
0 1 2 3 4 5
- 6. Sensación de ahogo o atrancamiento
0 1 2 3 4 5
- 7. Tos ocasional o en accesos
0 1 2 3 4 5
- 8. Sensación de taco o una aguja en su garganta
0 1 2 3 4 5
- 9. Quemadura retroesternal, dolor en el pecho, indigestión, agrieras
0 1 2 3 4 5

RESULTADOS: Se considera anormal un RSI mayor a 13

0 = no molesto, 5 = problema severo/ muy molesto. Adaptada de Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). J Voice 2002; 16: 274-77.