

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**REFLUJO GASTROESOFAGICO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
TOS CRÓNICA EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DOCENTE LAS
MERCEDES**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTORA:

BACHILLER HIDRUGO BARRAGÁN CARMEN ELIZABETH

ASESOR:

DR. SEGUNDO SANCHEZ DETQUIZAN

CHICLAYO – PERÚ

2020

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA



**REFLUJO GASTROESOFAGICO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A
TOS CRÓNICA EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DOCENTE LAS
MERCEDES**

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTORA:

BACHILLER HIDRUGO BARRAGÁN CARMEN ELIZABETH

ASESOR:

DR. SEGUNDO SANCHEZ DETQUIZAN

CHICLAYO – PERÚ

2020

*Con todo mi amor, respeto y agradecimiento,
dedico esta tesis a mi mamá, Julia Barragán, quien
es la luz de mis ojos, mi consejera, mi guía, mi
ejemplo de persona a seguir y sobretodo porque es
la persona que más amo en este mundo.*

CARMEN

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, ya que sin él nada es posible en esta vida. A mis padres, Víctor y Julia por siempre apoyarme y darme el ánimo necesario para continuar en esta carrera; por brindarme todo su amor incondicional a lo largo de mi vida, estando en los momentos más difíciles y los más importantes. Por ser mis guías del buen camino, mi fuerza constante. Nunca me cansaré de agradecerles, todo lo que han hecho por mí.

A mis hermanos Manuel Hidruugo y Paola Hidruugo, quienes me han enseñado sin darse cuenta lo importante que es ser su ejemplo.

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCIÓN.....	9
1.1	Antecedentes del tema.....	10
1.2	Estado actual del tema.....	13
1.3	Fundamentos teóricos.....	15
1.4	Formulación del problema.....	23
1.5	Justificación e importancia del estudio.....	23
1.6	Objetivos.....	24
II.	MATERIAL Y METODOS.....	25
2.1	Material.....	25
2.1.1	Población.....	25
2.1.2	Muestra.....	25
2.2	Métodos.....	27
2.2.1	Tipo de estudio.....	27
2.2.2	Diseño de investigación.....	27
2.2.3	Variables en estudio y Operacionalización.....	28
2.2.4	Hipótesis	29
2.2.5	Operacionalización de variables.....	30
2.2.6	Instrumentos de Recolección de datos	31
2.2.7	Consideraciones Éticas.....	32
2.2.8	Procedimiento y análisis estadísticos de datos.....	33
III.	RESULTADOS.....	34
IV.	DISCUSION.....	41
V.	CONCLUSIONES.....	43
VI.	RECOMENDACIONES.....	44
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS E ILUSTRACIONES

TABLAS

Tabla 1. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.....	34
---	----

Tabla 2. GENERO/SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.....	36
--	----

Tabla 3. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CON DIAGNÓSTICO DE TOS CRÓNICA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO.....	37
--	----

Tabla 4. GENERO / SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CON DIAGNOSTICO DE TOS CRÓNICA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO.....	39
---	----

ILUSTRACIONES

Grafico 1. EDAD DE LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA
CON TOS CRÓNICA35

Grafico 2. GENERO/SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.....36

Grafico 3. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO
CON DIAGNÓSTICO DE TOS CRONICA Y REFLUJO
GASTROESOFÁGICO.....38

Grafico 4. GENERO / SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL
CONSULTORIO CON DIAGNOSTICO DE TOS CRONICA Y REFLUJO
GASTROESOFÁGICO.....40

RESUMEN

El reflujo gastroesofágico es un proceso fisiológico que en algunas personas puede tornarse patológico y que produce molestias y lesiones esofágicas y extraesofágicas que afectan la calidad de vida de los individuos que lo presentan con mayor incidencia en personas adultas.

La presente investigación fue de tipo Observacional – Analítico – Retrospectivo – Transversal - Básica, Bibliográfica, diseño No – Experimental. Se trabajó con casos y controles, en el estudio se asumió como objetivo; Determinar la asociación entre el reflujo gastroesofágico como factor de riesgo de tos crónica en adultos del Hospital Docente Las Mercedes. Durante el desarrollo de la investigación se trabajó con una muestra de 884 historias clínicas, utilizando como instrumento de recojo de datos Ficha de Recojo de Información.

Entre los principales resultados se denota que el 35% de pacientes si sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, por lo tanto existe mayor riesgo en adultos mayores cuyas edades están comprendidas entre los 79 – 99 años de edad.

ABSTRACT

Gastroesophageal reflux is a physiological process that in some people can become pathological and produces discomfort and esophageal and extraesophageal lesions that affect the quality of life of individuals who present it with greater incidence in adults.

The present research was Observational - Analytical - Retrospective - Transversal - Basic, Bibliographic, Non - Experimental design. We worked with cases and controls, in the study it was assumed as an objective; To determine the association between gastroesophageal reflux as a risk factor for chronic cough in adults of the Las Mercedes Regional Teaching Hospital. During the development of the research, a sample of 884 medical records was used, using the Data Collection Sheet as a data collection instrument.

Among the main results it is denoted that 35% of patients of the ages 79-99, If you suffer from chronic cough and gastroesophageal reflux, in the distribution of the population by ages there is a greater risk in older adults whose ages are between the ages of 79 - 99 years old.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA

El concepto de reflujo gastroesofágico se define como la presencia de contenido gástrico en el esófago, sin estar asociado al vómito. El sedentarismo, el sobrepeso, la mala alimentación y el estilo de vida estresante actual, influyen en una mayor incidencia de alteraciones digestivas y por lo tanto en la aparición del RGE. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede tener manifestaciones tanto esofágicas como extraesofágicas, y dentro de esta última y en lo que respecta a la laringitis por reflujo es la más habitual, acompañada de disfonía y tos crónica como síntomas frecuentes.⁽¹⁾

La tos crónica (TC) es la que dura más de 8 semanas. Una vez descartadas las causas clásicas de tos crónica, actualmente se considera que la etiología más probable está constituida por los trastornos sensoriales del nervio vago. Los pacientes con tos crónica de origen laríngeo presentan síntomas asociados como globo, disfagia, disfonía, disnea y/o estridor. Estos pacientes tienen mayor tendencia a sufrir movimiento vocal paradójico. Existe una sensibilización al reflejo de la tos y una respuesta neuropática laríngea causada principalmente por infección viral o por reflujo. La fisiopatología de la TC asociada a reflujo tiene 2 mecanismos: En el primero, la exposición al ácido en el esófago distal estimula el reflejo broncotraqueoesofágico, y en el segundo, la microaspiración del contenido esofágico penetra en la laringe y en el árbol traqueo bronquial. El primer mecanismo tiene lugar en el RGE distal y el segundo en el RGE proximal o RFL (reflujo del contenido gástrico en la laringe). Pero no solo es la acidez líquida la que puede ser relevante en la patogenia del RFL sino la composición gas-líquido del reflujo. La regurgitación y la tos son los síntomas más frecuentemente asociados a reflujo ácido no líquido.^(2,3)

Por ser la tos crónica un signo de neuropatía sensorial de la laringe puede mejorar con medicamentos neurolépticos como amitriptilina y gabapentina.

En una visión general y ampliamente aceptada se admite que el aumento crónico de la sensibilidad en el arco reflejo de la tos se asocia a la inflamación

eosinofílica de las vías respiratorias, al reflujo gastroesofágico o a las alteraciones de la vía respiratoria superior una vez que se ha descartado el uso de inhibidores de la ECA, la exposición al humo de tabaco, la EPOC o una enfermedad evidente en la TAC del tórax. ⁽⁴⁾

La prevalencia de la TC inexplicable es variable pero se ha publicado que puede llegar hasta el 42% de los casos. Esto ha propiciado que algunos investigadores sugieran que se necesita un nuevo enfoque para abordar la tos crónica, sobre todo teniendo presente la TC de origen en la vía aérea superior. ⁽⁵⁾ La laringe puede tener un papel esencial especialmente en los casos de TC refractaria y se justifica porque es el lugar de origen de un importante flujo de impulsos aferentes del reflejo de la tos debido a su posición anatómica de conexión o puente entre el esófago y el árbol traqueobronquial. ⁽⁶⁾

Morrison et al. 19 presentaron por vez primera (1999) el concepto de laringe irritable, que se ha ido perfilando a lo largo de los años y ha recibido diversos nombres: neuropatía vagal posviral, tos neuropática sensorial y neuropatía sensorial de la laringe. La neuropatía vagal puede afectar a las ramas motoras del nervio vago, con una parálisis o paresia de cuerdas vocales, y también puede afectar a las ramas sensoriales, lo que conllevaría no solo una TC sino parestesias de faringe, sensación de globo faríngeo, mucosidad faríngea excesiva, odinofonía, o espasmos de laringe ⁽⁷⁾. Estos síntomas pueden agravarse por esfuerzos vocales (fonación prolongada), y por estímulos irritativos, que podemos comprobar al desencadenar las molestias palpando ligeramente el cricoides.

Murry et al. 9, en un interesante trabajo sobre la relación entre TC y MVP (Movimiento Vocal Paradójico), apuntaron una disminución de la sensibilidad mecánica de la mucosa laríngea en los pacientes con RFL. Por todo ello podemos pensar que existe una asociación entre la tos neuropática, el RFL y la TC. El mecanismo de la tos en las laringes con mecanosensibilidad disminuida, paradójicamente, puede llevar a un estado de alteración irritante sensorial que dé lugar a una tos irritativa como síntoma principal, junto con otros síntomas como picor de garganta, sensación de globo, mucosidad faríngea excesiva e incluso laringoespasma.

Por otra parte, la TC es un síntoma que se ha relacionado con el reflujo, aunque esta relación no está completamente probada aún a pesar de que se pueda identificar una historia clínica característica junto con enfermedad gastroesofágica en pacientes con TC. ⁽⁸⁾

De otro lado Irwin señaló que la TC puede ser el único síntoma en los pacientes con RGE, ya que este puede ser clínicamente silente, sin pirosis. ⁽⁹⁾

Así mismo Patterson et al. 27 manifiestan que hasta en un 75% de los pacientes que se estudian para descubrir la causa de una TC tienen RGE silente. ⁽¹⁰⁾

Cukier - Blaj et al. Han descrito que la irritación de la laringe causada por reflujo disminuye la sensibilidad laríngea, lo cual da lugar a una respuesta motora compensadora con hiperaducción de las cuerdas vocales durante la inspiración, con tos y disfonía. ⁽¹¹⁾

Otra teoría propone que la irritación crónica de la laringe por RGE, una vez descartados procesos alérgicos o irritantes inhalados, con evidente aclaramiento laríngeo, predispone la laringe a ser más sensible a diversos estímulos externos, creándose un círculo vicioso ⁽¹²⁾. Según esta teoría, después de la exposición inicial, muchos pacientes manifiestan haber desarrollado “sensibilidad” a diversos factores desencadenantes como humo de tabaco, aire frío, jabones, perfumes, otras fragancias, ejercicio y estrés emocional. El mantenimiento de esta patología da lugar a que los pacientes sean tratados sin éxito de asma u otras comorbilidades. Desde luego, hay pacientes con RFL y asma concomitantes, pero existen otros en los que aparece la TC asociada a síntomas producidos por el RFL, comenzando los síntomas respiratorios al mismo tiempo. En estos casos, el RFL parece ser la causa o un factor decisivo de los problemas respiratorios. ⁽⁴⁾

Koufman fue el primero en distinguir claramente el RFL del RGE, mediante un reporte combinado de 899 pacientes. Entre los que tenían RFL, 87% presentaba carraspera, en contraposición con los diagnosticados con RGE, quienes referían dicho síntoma en el 3% de los casos. Por otro lado 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. 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%). ⁽⁴⁾

Belafsky y Cols. Desarrollaron una herramienta útil para ayudar a los clínicos a evaluar la gravedad de los síntomas referidos por los pacientes. Esta se basa en una escala de 0 a 5 puntos. Además se les pregunta a los pacientes por síntomas como disfonía o problemas vocales (1), carraspera (2), descarga nasal posterior (3), odinofagia (4), tos después de comer o con el decúbito (5), dificultad para respirar o sensación de ahogo (6), problemas o molestias para toser (7), sensación de cuerpo extraño en la laringe (8) y pirosis o ardor retroesternal, dolor torácico, indigestión o regurgitaciones (9). Dentro de los resultados, se encontró que la presencia de dichos síntomas en pacientes con RFL, y que además, no tenían como antecedente no haber recibido tratamiento, fue significativamente mayor, que en aquellos que sí lo recibieron (21,2 vs 11,6 p. 0,001), lo que además mostró que puntajes sobre 13 se consideran como un resultado anormal, con un intervalo de confianza por sobre el 95%. ⁽⁴⁾

La mayoría de los estudios randomizados y controlados (ETC) se enfocaron en poblaciones de pacientes diferentes a aquella población “adulta con tos de más de 8 semanas, refractaria al tratamiento”, que es la población objetivo de la primera pregunta PICO (nexo 1). La mayoría de los estudios se dirigió al reflujo laringofaríngeo. Esto limita severamente la validez externa de los hallazgos cuando se aplican a la población adulta con tos crónica. Por tanto, en general, no se encontraron estudios (positivos ni negativos) pertinentes a la primera pregunta PICO que tuviera bajo riesgo de sesgo. ⁽¹³⁾

Muñoz A, (2018) realizó una investigación de tipo descriptivo - transversal y Prospectivo, teniendo como objetivo conocer el impacto en la calidad de vida de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes del “Hospital Nacional Sergio Bernales” de Octubre a Diciembre del 2017, incluyéndose en este estudio a 174 pacientes. Obteniendo como resultado que el 79,3% de los pacientes con ERGE fueron del sexo femenino y la edad promedio fue 43 años. El puntaje promedio de calidad de vida en los pacientes con ERGE fue 51,40

puntos y el 72,4% presentó un impacto negativo, siendo la dimensión más afectada el impacto psicológico obteniendo los puntajes más bajos. El grupo etario más frecuente (57,1%) fue de 30 a 59 años en los pacientes con ERGE con peor calidad de vida y, la pirosis (28,6%) fue el síntoma más frecuente en los pacientes con impacto negativo en la calidad de vida. ⁽¹⁷⁾

Burgos E. (2016) ejecuto un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, seccional transversal, que tuvo como objetivo determinar si la obesidad es factor asociado a esofagitis por reflujo gastroesofágico en pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo, cuya población estuvo conformada por 138 pacientes adultos; quienes se dividieron en 2 grupos: con esofagitis por enfermedad por reflujo gastroesofágico y sin ella. No se apreciaron diferencias significativas respecto a edad, género y procedencia entre los grupos con y sin esofagitis. La frecuencia de obesidad en pacientes con esofagitis por reflujo gastroesofágico y sin él fue de 45% y 13% respectivamente. La obesidad es factor asociado a esofagitis por reflujo gastroesofágico con un odds ratio de 5.89 el cual fue significativo. El grupo con esofagitis por enfermedad por reflujo gastroesofágico tiene un promedio significativamente mayor de índice de masa corporal que el grupo sin esofagitis ($p < 0.05$). ⁽¹⁸⁾

Molina A. (2015) realizó una investigación de tipo Inductivo – Deductivo – Transversal, que tuvo como objetivo determinar el comportamiento de la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en adultos atendidos en el Subcentro de salud de Huachi Grande. Los resultados permitieron obtener una frecuencia de la enfermedad por reflujo de 27.38% siendo más significativa en el sexo femenino (59%) en el grupo etario de 30- 39 años (28.5%), la sintomatología predominante fue la pirosis con 33.75% y la esofagitis con 43.61% la complicación más importante) ⁽¹⁹⁾

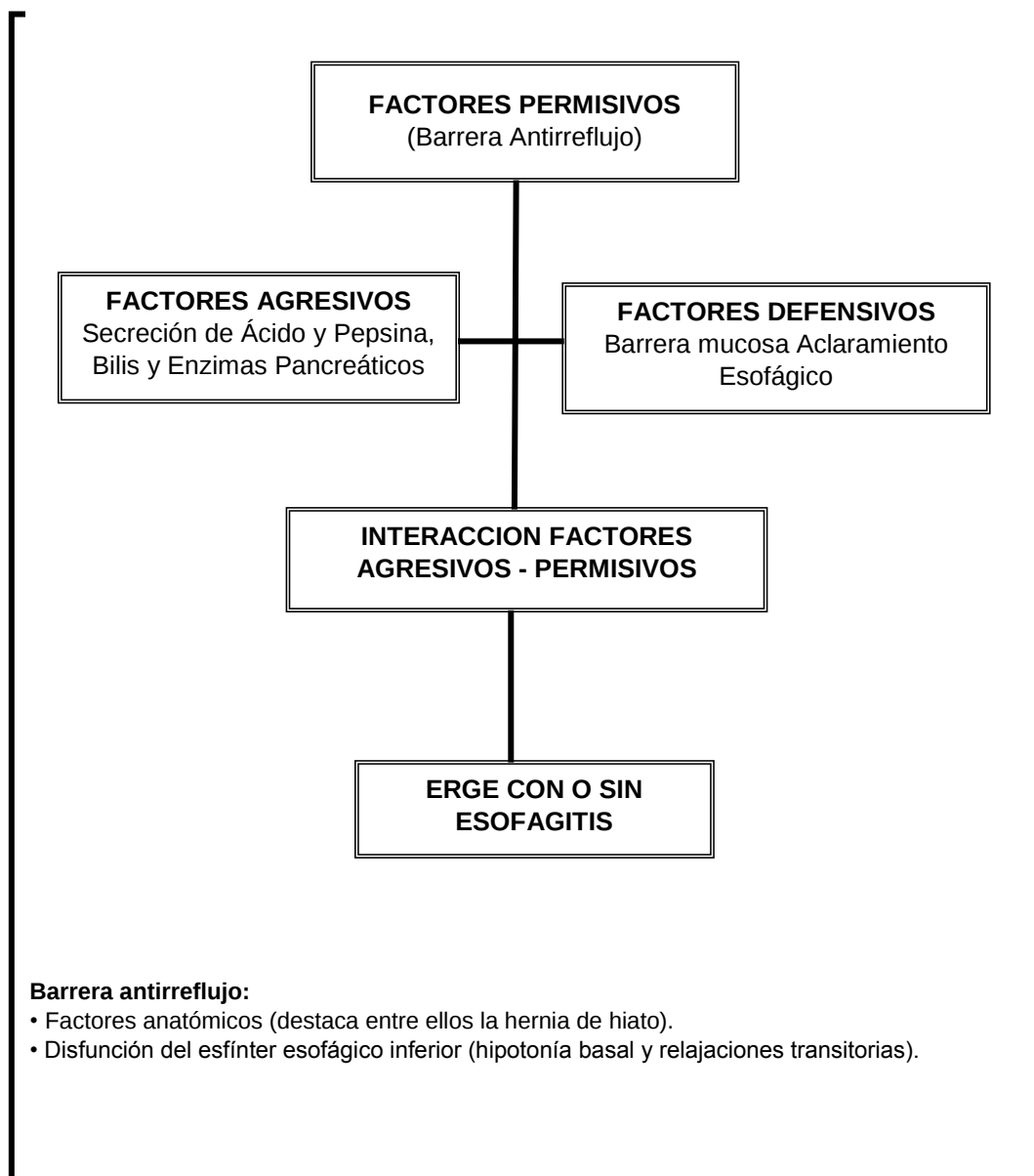
1.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA

El reflujo gastroesofágico (RGE) consiste en el paso del contenido gástrico al esófago. El RGE es un proceso fisiológico que se da en individuos sanos, particularmente en el periodo postprandial. La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como el paso del contenido gástrico al esófago capaz de producir síntomas y/o alteraciones inflamatorias del esófago.

Se calcula que aproximadamente el 40 % de la población general presenta o ha presentado síntomas clínicos de ERGE (1- 3). Un 5 % de los casos presentan episodios diarios de pirosis y un 35 - 45 % al menos una vez al mes. La lesión esofágica (esofagitis) se presenta en el 40 - 60 % de los pacientes con ERGE y en el 1 - 2 % de los sujetos sometidos a endoscopia por cualquier causa (1 - 3).

El RGE es un proceso en el que intervienen múltiples factores, cuyo papel patogénico puede variar en los diferentes pacientes y en un mismo enfermo durante la evolución de la enfermedad, lo que explica la variabilidad de los síntomas y de su frecuencia e intensidad durante el seguimiento clínico. En la Figura 1., se explica el mecanismo fisiopatológico del RGE (2,4) ⁽²⁰⁾

Figura 1. FISIOPATOLOGIA DE LA ERGE



Actualmente en el Hospital Docente Las Mercedes, exactamente en el Consultorio Gastro Enterología y de Neumología, según reportes de las historias clínicas, se atienden a un número considerable de pacientes adultos quienes refieren tener sensación de ardor retroesternal eructos, regurgitación, hipersaliva, etc., el mayor inconveniente que se tiene en el consultorio respecto a esta enfermedad, es que los pacientes adultos llegan con complicaciones tal es el caso de la tos crónica con mayor prevalencia en personas adultas, haciendo que tenga un alto impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Esta investigación pretende resaltar la importancia del cuidado del paciente adulto que padece de reflujo gastroesofágico, dado que esta enfermedad muchas veces está asociada a otras, en este caso concreto a la tos crónica en adultos.

1.3 FUNDAMENTOS TEORICOS

Fueron múltiples las consultas bibliográficas realizadas para la construcción de este apartado, así témenos;

Reflujo gastroesofágico.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) fue definida en el documento de consenso de Montreal de 2006. ⁽²¹⁾ Como una condición que ocurre cuando el reflujo del contenido gástrico conduce a la aparición de síntomas molestos o complicaciones que llegan a alterar la calidad de vida relacionada con la salud. En 2013 la guía del American College of Gastroenterology. ⁽²²⁾

Completaba la definición añadiendo el recordatorio de que el material refluído podía no solo alcanzar y afectar al esófago, sino también a la cavidad oral y a las vías respiratorias. El concepto así expresado posee una vocación netamente integradora e incluye un amplio abanico de formas clínicas, de manera que se admite que la enfermedad puede presentarse tanto a través de síntomas típicos (pirosis y regurgitación), acompañados o no de diferentes grados de lesión mucosa, como en forma de dolor torácico o de síndrome extraesofágico. Ahora

bien, la tendencia actual es ser cautos en vincular de forma constante los dos últimos con el reflujo. El dolor torácico requiere un estudio de inicio que descarte una causa cardiológica y para la tos crónica o la laringitis debe considerarse que sigue siendo más frecuente el origen extradigestivo, fundamentalmente neumológico, otorrinolaringológico o alérgico.

La última modificación conceptual sobre la ERGE tuvo lugar con la publicación en 2016 de los criterios de Roma IV sobre trastornos funcionales digestivos.⁽²³⁾

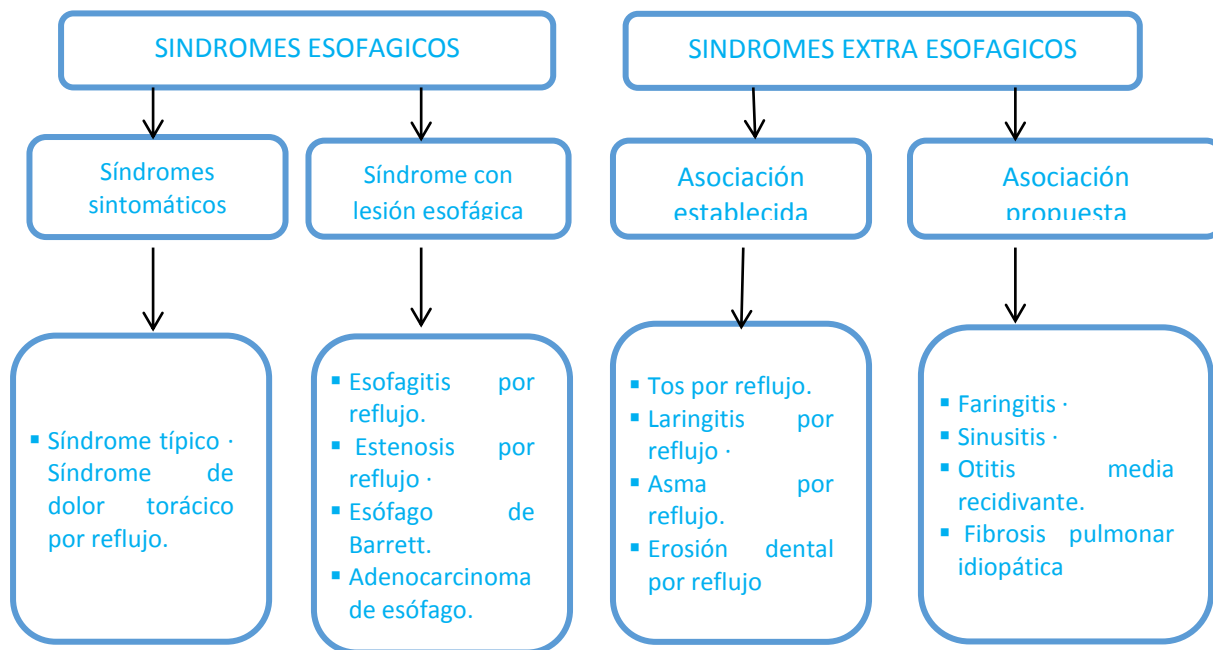
En este texto de consenso se considera que la hipersensibilidad al reflujo, definida mediante pH-metría esofágica (o impedancia-pH), es una entidad básicamente relacionada a través de su fisiopatología con los trastornos funcionales del esófago, está mediada fundamentalmente por el aumento de la sensibilidad visceral y adopta un comportamiento clínico similar al de la pirosis funcional (PF) frente al tratamiento antisecretores. En consecuencia, aun admitiendo cierta controversia y solapamiento con la ERGE, se considera hoy que el concepto diagnóstico de hipersensibilidad al reflujo forma parte de los desórdenes funcionales del esófago y debe ser excluido del grupo de la ERGE no erosiva.

Clasificación de la enfermedad por Reflujo gastroesofágico.

Dentro de la literatura existen muchas clasificaciones que hacen diferentes autores respecto de la enfermedad por Reflujo gastroesofágico:

Atendiendo a las sucesivas modificaciones del concepto de ERGE, hoy establecemos las principales clasificaciones de esta patología en función del patrón sintomático y de los efectos nocivos del reflujo del contenido gástrico sobre diferentes tejidos, esofágicos o extraesofágico (figura 1)⁽²⁴⁾.

Figura 2. CLASIFICACIÓN DE MONTREAL DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO.



Fuente: Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R, Bianchi LK, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006;101:1900-20.

Algunos autores reconocidos han consensuado y propuesto recientemente otro tipo de aproximación clínica ⁽²⁵⁾ definiendo modelos más personalizados que combinan los síndromes definidos en la clasificación anterior. Para cada modelo los autores asignan diferentes algoritmos diagnósticos y terapéuticos según las pautas siguientes:

- **Pacientes con sensación dolorosa:**
Engloba el síndrome típico de pirosis y el del dolor torácico no cardiológico. Serían candidatos a un tratamiento antsecretor empírico de inicio y, en caso de refractariedad, subsidiarios de estudio escalonado mediante endoscopia, manometría y pH-metría esofágicas.
- **Pacientes con sensación de ascenso de líquido o comida:**

Se refiere al síntoma regurgitación y está relacionada con alteraciones de la motilidad esofágica o con el síndrome de rumiación. En este grupo se estiman una respuesta moderada al tratamiento antisecretor y un mayor rendimiento de los estudios de motilidad.

- **Pacientes con síndrome de eructación:**

En ellos se espera un escaso alivio con la supresión del ácido. Puede incluir trastornos del comportamiento. La manometría asociada a impedanciometría esofágica puede ser clave en su diagnóstico.

- **Pacientes con sensaciones en cabeza y cuello:**

Muy probablemente no van a estar asociados a ERGE y por tanto no responderán a antisecretores. Se aconseja evaluar precozmente mediante pH-metría y/o impedanciometría esofágica para confirmar o descartar de entrada su vinculación al reflujo.

Otra clasificación trascendente desde el punto de vista del manejo de la ERGE es la derivada de los hallazgos de las pruebas complementarias realizadas ⁽²⁶⁾

Gracias a la endoscopia, y a la impedanciometría esofágica añadida a la determinación del pH, es posible diferenciar perfiles clínicos con diferente respuesta a los tratamientos disponibles.

Impacto sobre la calidad de vida y la actividad socio-laboral

El impacto de la ERGE sobre la calidad de vida es importante. En un estudio español en el que se utilizaron un instrumento genérico (cuestionario abreviado de salud SF-36) y otro específico de la enfermedad (Quality of Life in Reflux And Dyspepsia [QoLRAD]) se concluyó que las puntuaciones obtenidas eran menores que las de la población general. El sexo femenino, la gravedad de los síntomas y la presencia de síntomas nocturnos se asociaron con mayor deterioro de la calidad de vida. Los pacientes obesos tuvieron un impacto negativo en el componente físico del SF-36 pero no en el componente mental ⁽²⁷⁾. La ERGE también repercute en la actividad laboral, habiéndose señalado mayor absentismo laboral y reducción del número de horas productivas, lo cual implica pérdidas económicas significativas, tanto por costes directos como por los relacionados con las visitas médicas y los tratamientos.

Factores de riesgo y/o protección

Factores personales y demográficos.

La prevalencia de la ERGE parece ser similar entre hombres y mujeres, y no parece que el sexo masculino sea un factor de riesgo para esta patología ⁽²⁸⁾. Tampoco parece que la edad sea un factor de riesgo para desarrollar ERGE ⁽²⁹⁾, aunque en algún estudio se ha descrito mayor frecuencia del trastorno con la edad, sobre todo en mujeres ⁽³⁰⁾. Sin embargo, la edad temprana de comienzo de la ERGE sí se asocia con mayor riesgo de desarrollar EB.

Se han descrito diferencias geográficas significativas en la prevalencia de la ERGE, como ya se ha expuesto anteriormente. Los estudios que implican factores étnicos o raciales y ERGE son contradictorios. La mayoría de los estudios en los que se tiene en cuenta aspectos raciales se han realizado en EE. UU o en China y hay una gran variabilidad metodológica a la hora de definir e incluir la variable raza/ etnia ⁽³¹⁾.

Obesidad.

Los estudios epidemiológicos sugieren que hay correlación entre la ERGE y el índice de masa corporal (IMC) ⁽³²⁾. Se ha señalado que la ERGE se asocia tanto con obesidad ($IMC > 30 \text{ kg/m}^2$) como con sobrepeso (IMC de $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$).

La obesidad favorece la ERGE debido a distintos factores, como el aumento de la presión intraabdominal, lo cual origina un aumento del gradiente gastroesofágico en la unión gastroesofágica (UGE), mayor incidencia de hernia de hiato (HH) y mayor producción de bilis y enzimas pancreáticas.

Factores dietéticos.

Los episodios de RGE ocurren más frecuentemente después de las comidas ⁽³³⁾. La reducción de la cantidad de comida ingerida por toma, del porcentaje de grasas y de la ingesta de determinados alimentos, como café, chocolate, té, tomate, picantes, cítricos y bebidas carbonatadas, son medidas que podrían limitar, en algunos casos, los episodios de reflujo al disminuir el número de relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior (RTEEI) y evitar descensos en su presión basal.

Sin embargo, la evidencia científica es baja al respecto. El consumo de cítricos se ha señalado como factor precipitante de síntomas de acidez gástrica, pero los estudios en los que se evalúa la incidencia de ERGE con su consumo son

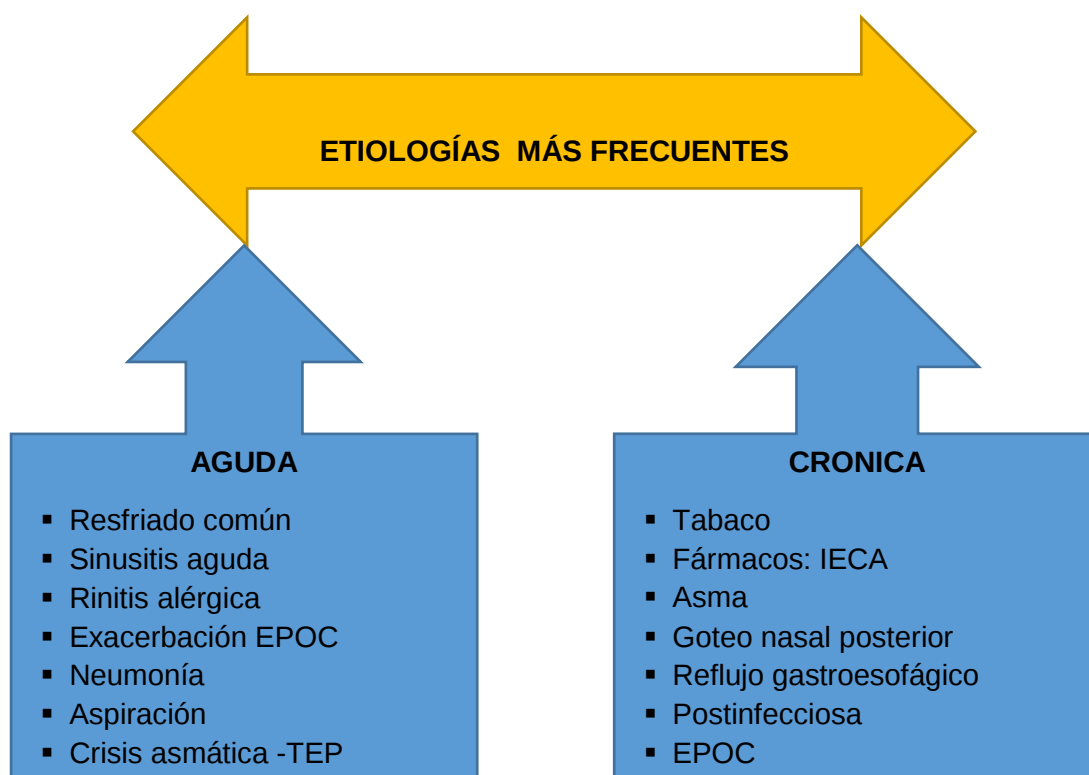
escasos y poco convincentes ⁽³⁰⁾. El consumo de bebidas carbonatadas puede causar ERGE y se ha demostrado que es un predictor de síntomas típicos en el análisis multivariante de un estudio de cohortes sobre 3806 personas ⁽³⁴⁾.

Tos crónica

“La tos es un reflejo provocado en ocasiones de forma voluntaria, cuya principal finalidad es expulsar secreciones u otro material extraño tanto de las vías aéreas respiratorias como de la laringe. Aunque la tos se encuentra directamente asociada al ruido generado por la expulsión brusca de aire al atravesar el orificio laríngeo, su producción depende de la coordinación adecuada entre los movimientos de apertura y cierre de la glotis y la musculatura respiratoria, tanto en la inspiración como en la espiración. Es un mecanismo de defensa, que en condiciones patológicas indica la presencia de enfermedades importantes. Al igual que otros reflejos, depende para su expresión, de la interacción de cinco elementos: receptores sensoriales, nervios o vías aferentes, centro regulador, vías eferentes y músculos efectores.” La tos se puede clasificar según su duración en Aguda < 8 semanas o Crónica > 8 semanas. ⁽³⁶⁾

Etiologías más frecuentes

Figura 3. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE TOS



Fuente: Elaboración propia.

Neurofisiología de la tos.

El reflejo tusígeno está formado por la interacción de receptores sensoriales, nervios aferentes, centro regulador, vías eferentes y músculos efectores. Los receptores pertenecen al grupo de receptores irritantes de adaptación rápida, que se localizan en la laringe, pared posterior de la tráquea, carina y bronquios principales. Si bien sólo se han podido demostrar otras localizaciones en faringe posterior, se da por hecho que existen también receptores en el conducto auditivo externo, senos paranasales, pleura, pericardio y diafragma ⁽³⁷⁾. La zona laríngea es la que contiene mayor cantidad de receptores que son estimulados por inductores de naturaleza química o mecánica. Las vías nerviosas aferentes están formadas por el nervio vago y laríngeo superior.

La tos comienza con una inspiración profunda debida a la contracción del diafragma y los músculos inspiratorios accesorios que actúan sinérgicamente con los músculos abductores de las vías aéreas superiores. La fase compresiva se produce por la activación conjunta de los músculos espiratorios y aductores laríngeos que mantienen la glotis cerrada. La ausencia de flujo por el cierre de la glotis permite aumentar la fuerza muscular, y por lo tanto la presión generada, puede alcanzar hasta 300cm. H₂O. Durante esta fase el diafragma mantiene su actividad de forma tónica.

La fase expulsiva consiste en la relajación de los músculos aductores y el diafragma, produciéndose la abertura de la glotis. El pico de flujo espiratorio que se genera representa la suma del flujo que sale a través de las vías aéreas periféricas, comprimidas por las altas presiones pleurales, y el volumen de gas proveniente de las vías aéreas superiores ⁽³⁸⁾.

Etiologías de la tos crónica.

El concepto de un protocolo basado en la localización anatómica de los receptores y las vías sensoriales aferentes, continúa siendo válido como base de la identificación de las múltiples causas de tos. En pacientes que buscan

atención médica, en todas las edades, en ausencia de hábito tabáquico, y habiendo descartado el consumo de fármacos y exposición a irritantes, el síndrome de goteo posnasal (SGPN), el asma y el reflujo gastroesofágico (RGE) representan el 95% de los casos de tos crónica. Con frecuencia se observa la interacción de estas condiciones, por lo que se ha denominado en la literatura a esta situación “la tríada patogénica de la tos crónica” ⁽³⁹⁾.

Diagnóstico de la tos crónica.

Múltiples estudios han demostrado que el 95 % de las causas de tos crónica son debidas a: síndrome de goteo posnasal (SGPN), sea nasal o sinusal, asma y reflujo gastroesofágico (RGE), bronquitis crónica, bronquiectasias, bronquitis eosinofílica o por el uso de inhibidores ECA. El 5% restante corresponde a otras entidades como: carcinoma broncogénico, carcinomatosis, sarcoidosis, falla ventricular izquierda y aspiraciones debidas a disfunción faríngea. La tos psicógena o por hábito es una condición rara a cuyo diagnóstico se llega por exclusión. Dado que el goteo posnasal, a través del estímulo mecánico de los receptores del área faríngea, es la causa más frecuente de tos crónica y que se carece de test específicos para su diagnóstico, esta será la primera condición a evaluar, incluyendo en los diagnósticos diferenciales la sinusitis y los diferentes tipos de rinitis (sola o combinada, no alérgica, alérgica, posinfecciosa, vasomotora, inducida por drogas y por irritantes medio ambientales). El diagnóstico definitivo se establece con una respuesta terapéutica favorable. Si falla el tratamiento específico, esto no significa excluir el diagnóstico de SGPN, ya que puede indicar error en la prescripción del antihistamínico (por ejemplo: uso de antagonistas H1 de última generación) ⁽⁴⁰⁾. Si la sospecha clínica orienta al diagnóstico de asma, deberá realizarse espirometría con prueba broncodilatadora. Si el resultado es negativo deberá realizarse un test de bronco provocación con metacolina, un test negativo es excluyente para el diagnóstico de asma.

El diagnóstico de RGE puede hacerse con certeza cuando la tos desaparece con la terapia antirreflujo. La esofagoscopia y las técnicas radiológicas con bario son poco útiles.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Es el reflujo gastroesofágico factor de riesgo asociado a tos crónica en adultos atendidos en el Hospital Docente Las Mercedes durante los meses de enero a diciembre del 2019?

1.5. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La investigación aporta un marco teórico particular de las variables de estudio que permiten asumir una perspectiva significativa respecto al reflujo gastroesofágico factor de riesgo asociado a tos crónica en adulto.

El aporte desde el punto medico refiere que las enfermedades relacionadas al reflujo son causas de consultas numerosas a distintos servicios de atención médica. Entre las especialidades médicas predominan en gastroenterología y neumología al abarcar dos de los sitios blanco de lesiones por el reflujo.

Por un lado está el reflujo gastroesofágico (R.G.E.) que sólo es el movimiento del contenido gástrico retrógradamente y al causar manifestaciones se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico (E.R.G.E.) y al causar problemas fuera del esófago se denominan manifestaciones extraesofágicas (M.E.E.). Por otro lado, está el reflujo faringolaríngeo (R.F.L.), que es el movimiento retrógrado del contenido gástrico llegando a la faringe y/o laringe causando la enfermedad por reflujo faringolaríngeo (E.R.F.L.).

Con la revisión; además considerando pertinente la realización de este trabajo de investigación pues vivimos en una ciudad con un alto índice de pacientes con problemas gástricos, alérgicos y respiratorios.

La tos crónica siempre ha sido motivo de preocupación, de consulta médica, motivo de prescripción de variados medicamentos, para bloquearla, o

bien para fluidificar las secreciones a cuya viscosidad se suele atribuir la causa de la tos, o ha sido motivo de la administración en muchas ocasiones abusiva e innecesaria de antibióticos.

Técnicamente la investigación se justifica en el tratamiento Cualitativo explicativo sobre el reflujo gastroesofágico como factor de riesgo asociado a tos crónica en pacientes adultos.

Este estudio, busca, que mediante el recojo de información, tengamos un claro panorama, de la realidad a la que se enfrenta el paciente y el riesgo a la que puede estar expuesto si no existe un adecuado control médico y por ende a una correcta alimentación, medicación, y evaluación médica permanente.

1.6. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la asociación entre el reflujo gastroesofágico como factor de riesgo de tos crónica en adultos del Hospital Docente Las Mercedes.

Objetivos Específicos

- Estimar la frecuencia de pacientes con RGE con tos crónica.
- Estimar la frecuencia de pacientes con RGE sin tos crónica.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Material

2.1.1. Población

Población diana:

Pacientes adultos atendidos en el consultorio de Neumología con tos crónica y con diagnóstico de reflujo gastroesofágico, atendidos en el del Hospital Docente Las Mercedes.

Población de estudio:

Estuvo conformada por 884 pacientes adultos que se sometieron a una evaluación mediante una endoscopia digestiva alta, que tuvieron tos crónica por reflujo gastroesofágico, en el periodo de estudio entre enero a diciembre del año 2019 en el del Hospital Docente Las Mercedes.

2.1.2. Muestra

UNIDAD DE ANÁLISIS

Lo constituyen todos los adultos que fueron atendidos en el consultorio de Neumología con tos crónica y diagnóstico de reflujo gastroesofágico, en el periodo de estudio comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2019 en el del Hospital Docente Las Mercedes.

UNIDAD DE MUESTREO:

El muestreo lo constituyen las historias clínicas de los adultos atendidos en el consultorio de Neumología del Hospital Docente Las Mercedes.

TIPO DE MUESTREO: Probabilístico: aleatorio simple.

TAMAÑO MUESTRAL: Selección sistemática de elementos muestrales.

El tamaño de muestra se conformó con 884 historias clínicas, se utilizó la fórmula estadística para casos y controles, siendo los valores de $p_1 = 80.224\%$ y $p_2 = 19.776\%$ de pacientes con y sin reflujo gastroesofágico respectivamente y la presencia de tos crónica.

Cálculo en el programa EPIDAT 4.2:

Datos:

Datos	Casos	Controles
Número de casos	215	53
Tamaño de la muestra	268	268

Resultados:

Población	Porcentaje
Casos	80,224
Controles	19,776

Intervalo de confianza (95,0%)

Diferencia de proporciones	Límite inferior	Límite superior
0,604	0,537	0,672

Población II: (Casos) = 215 pacientes

Población I: (Controles) = 53 pacientes

CASOS

Criterios de inclusión:

- Adultos de ambos sexos, con edad mayor de 18 años, que presenten tos crónica y reflujo gastroesofágico.

- Historia clínica con datos completos.
- Pacientes evaluados por Neumología.

Criterios de exclusión:

- Adultos con enfermedad crónica que compliquen el estudio: TBC, VIH
- Adultos inmunodeprimidos.
- Adultos que no cumplen con la edad establecida.
- Historias clínicas sin datos completos.

CONTROLES

Criterios de inclusión:

- Adultos de ambos sexos
- Adultos mayores de 18 años de edad.
- Adultos que presenten tos crónica sin reflujo gastroesofágico.
- Historia clínica con datos completos.
- Pacientes evaluados por Neumología.

Criterios de exclusión:

- Adultos con enfermedad crónica que compliquen el estudio: TBC, VIH
- Adultos inmunodeprimidos.
- Adultos que no cumplen con la edad establecida.
- Historias clínicas sin datos completos.

2.2. Método

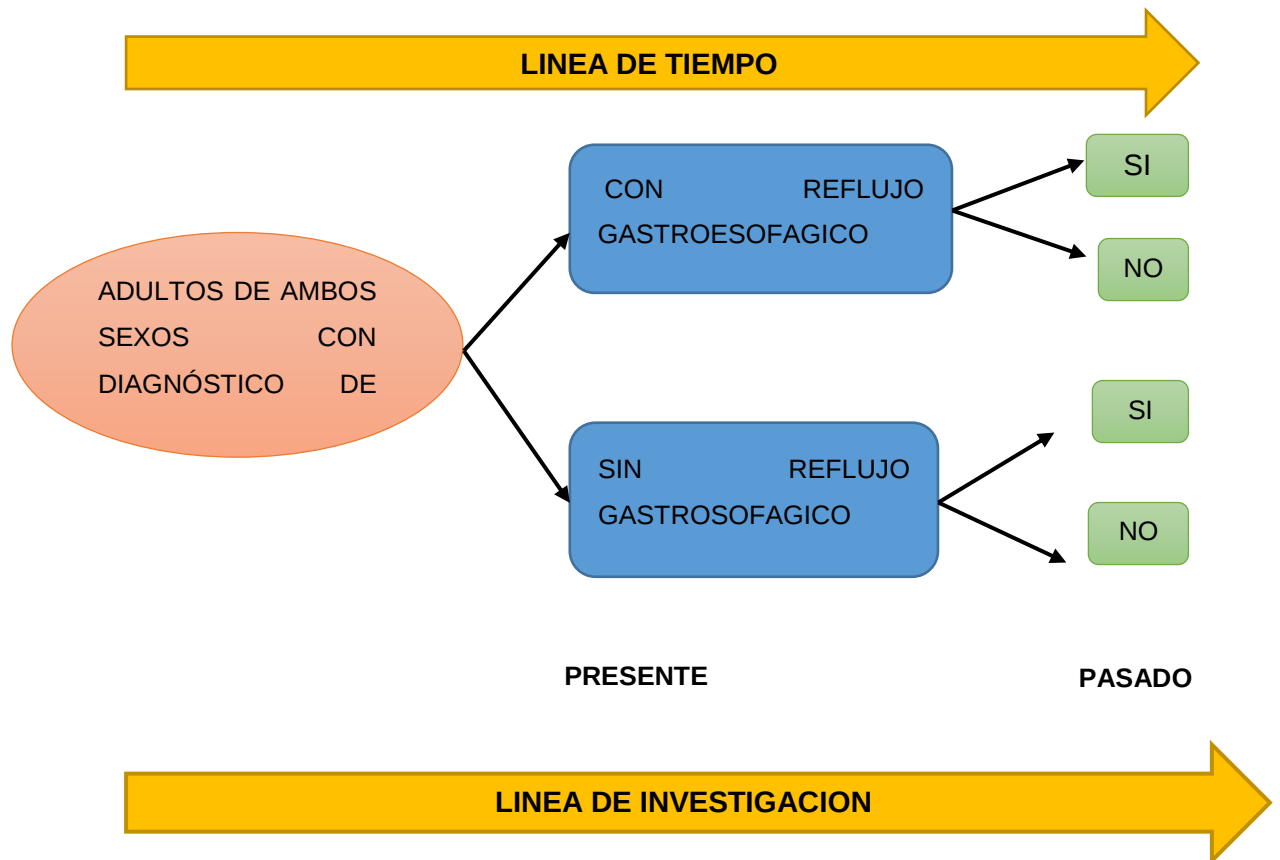
2.2.1. Tipo de Estudio

Observacional – Analítico - Retrospectivo – Transversal.

2.2.2. Diseño de investigación

Atendiendo al tipo de investigación se utilizó el diseño No Experimental, así como los Casos y Controles.

Figura 4. Casos y Controles



Fuente: Elaboración propia

2.2.3. Variables y operacionalización de variables

Variable Independiente: Reflujo Gastroesofágico.

Definición Conceptual

En el paso del contenido del estómago hacia el esófago, entre el esófago y el estómago hay una barrera natural formada por el esfínter esofágico inferior que se abre para permitir el paso del material ingerido hacia el estómago y, al mismo tiempo, impide el paso natural del contenido gástrico hacia el esófago. Cuando este mecanismo falla de forma frecuente o continua es cuando se produce esta enfermedad.

Definición Operacional

Situación identificada en pacientes adultos con diagnostico por endoscopia alta, consignado en Historia Clínica.

Variable Dependiente: Tos Crónica.

Definición Conceptual

La tos persistente es aquella tos que dura más de 4-8 semanas, aunque su criterio varía en las distintas guías clínicas. La tos crónica como aquella de más de 8 semanas de duración, argumentando que la mayoría de las infecciones del tracto respiratorio superior cursan con tos que se pueden prolongar hasta 4 semanas.

Definición Operacional

La tos crónica (TC) es la que dura más de 8 semanas que figure en Historia clínica de cada paciente, atendido en el consultorio de Neumología con tos crónica y diagnóstico de reflujo gastroesofágico, en el periodo de estudio comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2019 en el del Hospital Docente Las Mercedes.

Covariables

Edad de los pacientes. Tiempo de vida registrada en Historia clínica.

Genero de los pacientes (Masculino, femenino) característica registrada en historia clínica.

2.2.4. Hipótesis

H_a

El reflujo gastroesofágico **SI** es un factor de riesgo asociado a tos crónica en adultos atendidos del Hospital Docente Las Mercedes.

H_o

El reflujo gastroesofágico **NO** es un factor de riesgo asociado a tos crónica en adultos del Hospital Docente Las Mercedes.

2.2.5. Operacionalización de Variables.

NOMBRES DE LAS VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE DIMENSION
REFLUJO GASTROESOFAGICO	INDEPENDIENTE	Diagnóstico por endoscopia alta, consignado en Historia Clínica	CUALITATIVA	(SI) (NO)	NOMINAL
TOS CRONICA	DEPENDIENTE	La tos crónica (TC) es la que dura más de 8 semanas que figure en Historia clínica	CUALITATIVA	(SI) (NO)	NOMINAL
EDAD	COVARIABLES	Años	CUANTITATIVA	H. clínica	DISCRETA
SEXO		Masculino Femenino	CUALITATIVA	H. clínica	NOMINAL

2.2.6. Instrumentos de Recolección de Datos

Ficha de Recolección de datos.

Se registró información si el paciente presenta tos crónica o reflujo gastroesofágico. Las preguntas fueron cerradas dicotómicas, es decir, presentan como respuestas si, no.

Presentó 5 ítems; nombre, edad, sexo, historia clínica, enfermedad (Anexo 2)

De la Elaboración de la Ficha de Recolección de datos, el instrumento de recolección de datos se construyó en base a la información obtenida de los casos y controles.

Luego de la elaboración de la Ficha de Recolección de datos, se realizó la validación mediante juicio de expertos. (Anexo 4)

De la Recolección

Se aplicó la Ficha de Recolección de datos a pacientes en el servicio de Neumología con tos crónica y diagnóstico de reflujo gastroesofágico, en el periodo de estudio comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2019 en el del Hospital Docente Las Mercedes.

Procedimiento para establecer la validez y confiabilidad del cuestionario.

La validez del instrumento se realizó a través de un juicio de expertos que implicó lo siguiente:

Se remitió el instrumento (Ficha de Recolección de datos) a médicos especialistas (expertos) quienes procedieron a revisarlo y formularon sus respectivas observaciones y aportes.

Se ajustó la Ficha de Recolección de datos sobre la base del juicio de expertos, poniéndose a punto para su aplicación.

Se expidió nuevamente Ficha de Recolección de datos reestructurado a los expertos, quienes determinaron su validez de contenido del mismo, refrenado su opinión con sus respectivas firmas.

2.2.7. Consideraciones Éticas

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética del Hospital Docente Las Mercedes y de la Universidad Particular de Chiclayo. Debido a que fue un estudio de casos y controles en donde sólo se recogieron datos clínicos de las historias de los pacientes; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11, 12, 14, 15, 22 y 23) y la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA).^(14,15)

No hubo participación directa de los pacientes en este estudio, dado que se recogió información de las historias clínicas.

La investigadora garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos.

La investigación se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realizó la investigación; la Ficha de Recolección de datos; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Investigación de la Universidad Particular de Chiclayo.

Para obtener el permiso del Hospital Docente Las Mercedes, se envió una solicitud al Director del Hospital, acompañado por una copia del ejemplar del proyecto, para obtener la autorización correspondiente.

1. Luego con el permiso aceptado, se acudió al departamento de archivo donde se procedió a la recolección de datos mediante la técnica de observación.
2. Se realizó la captación de las historias clínicas de los pacientes según su pertenencia a uno u otro grupo de estudio.
3. Se recogió los datos pertinentes correspondientes a las variables en estudio las cuales se incorporaran en la hoja de recolección de datos. (Anexo 2)

4. La ficha de recolección de datos consistió en llenado de datos generales tales como: número de historia clínica, edad y sexo; así mismo de las variables independiente y dependiente si presenta o no presenta. El tipo de preguntas es cerrada.
5. Se continuó con el llenado de la ficha de recolección de datos hasta completar el tamaño muestral en ambos grupos de estudio.
6. Se recogió la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para luego proceder a realizar el análisis estadístico respectivo.

2.2.8. Procedimiento y análisis estadístico de datos

El registro de datos que están consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego se presentan en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

III. RESULTADOS

Se evaluaron las HC, utilizando Fichas de recojo de información de estas historias clínicas de los pacientes atendidos en el consultorio de Neumología con tos crónica y diagnóstico de reflujo gastroesofágico, en el periodo de estudio comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2019 en el del Hospital Docente Las Mercedes, los mismos que se distribuyen de la siguiente manera:

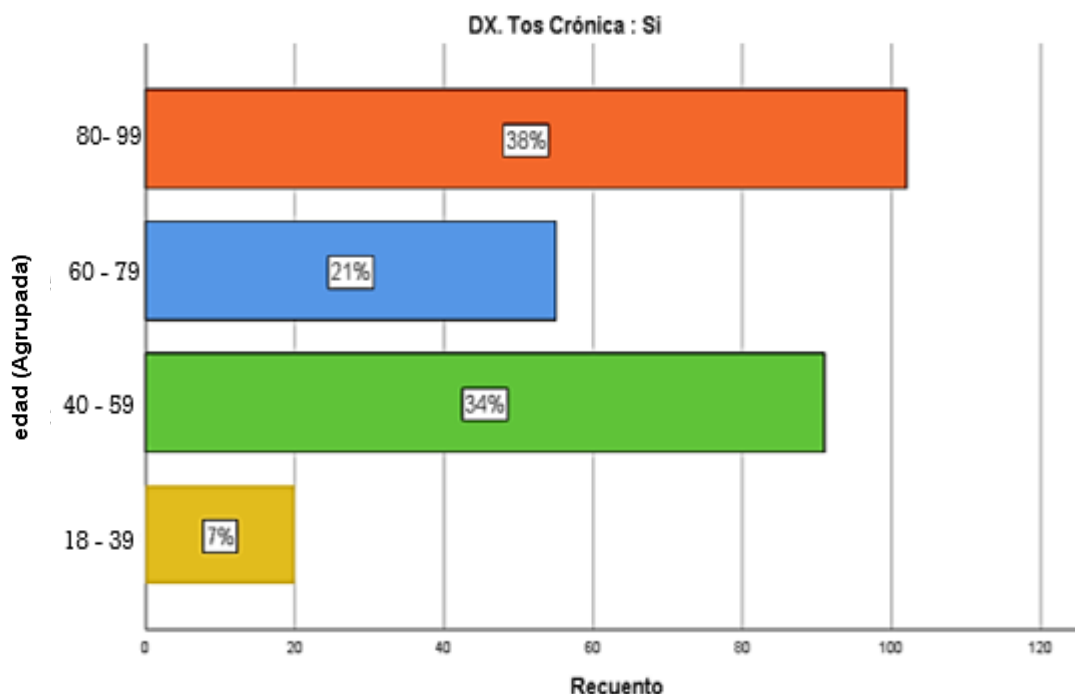
Tabla 1. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.

¿CUÁL ES LA EDAD DEL PACIENTE?			DX. TOS CRÓNICA		TOTAL
			SI	NO	
edad (Agrupada)	18-39	Recuento	20	0	20
		% del total	7%	0%	7%
	40-59	Recuento	91	0	91
		% del total	34%	0%	34%
	60-79	Recuento	55	0	55
		% del total	21%	0%	21%
	80-99	Recuento	102	0	102
		% del total	38%	0%	38%
	Total	Recuento	268	0	268
		% del total	100%	0%	100%

Fuente: Ficha de Recojo de información

Fecha: 2020

Grafico 1. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.



Descripción.

Luego de haber analizado las 268 historias clínicas, se observa que el mayor porcentaje es decir; el 38% de pacientes de las edades 80 – 99 Si sufre de Tos crónica, seguido del 34% de pacientes entre las edades de 40 – 59, luego el 21% entre las edades de 60 – 79 años de edad. Finalmente el 7% que comprende entre las edades de 18 – 39 años de edad. Como se puede apreciar en la tabla 1. Gráfico 1., el mayor porcentaje según edades está representado por pacientes adultos mayores cuyas edades fluctúan entre 80 a 99 años de edad, lo que denota mayor vulnerabilidad y riesgo a cualquier enfermedad.

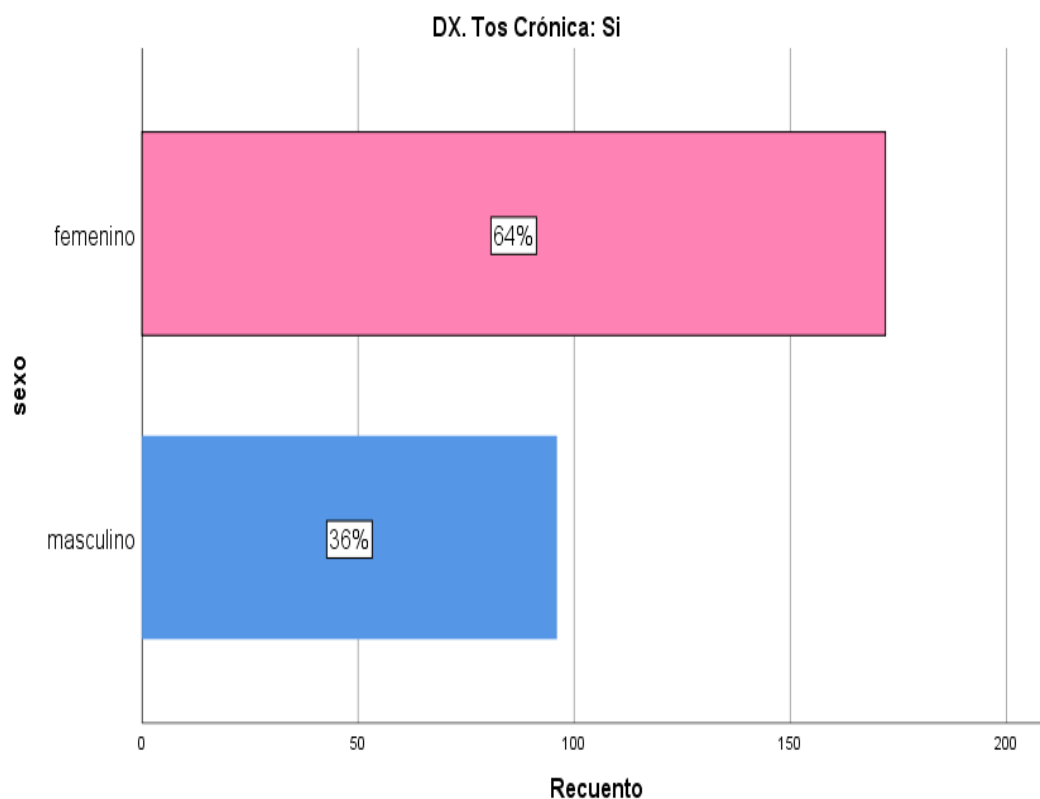
Tabla 2. GENERO/SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.

¿CUÁL ES EL SEXO DEL PACIENTE?			DX. TOS CRÓNICA		TOTAL
			SI	NO	
sexo	Masculino	Recuento	96	0	96
		% del total	36%	0%	36%
	Femenino	Recuento	172	0	172
		% del total	64%	0%	64%
Total		Recuento	268	0	268
		% del total	100%	0%	100%

Fuente: Ficha de Recojo de información

Fecha: 2020

Grafico 2. GENERO/SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA CON TOS CRÓNICA.



Descripción.

Luego de haber analizado las 268 historias clínicas, se observa en la tabla 2., Gráfico 2., que el mayor porcentaje es decir; el 64% de pacientes que sufre de Tos crónica es de sexo Femenino, seguido de un 36% pacientes que sufre de Tos crónica es de sexo Masculino, lo que denota mayor riesgo en mujeres que varones por la diferencia en su sistema inmunológico.

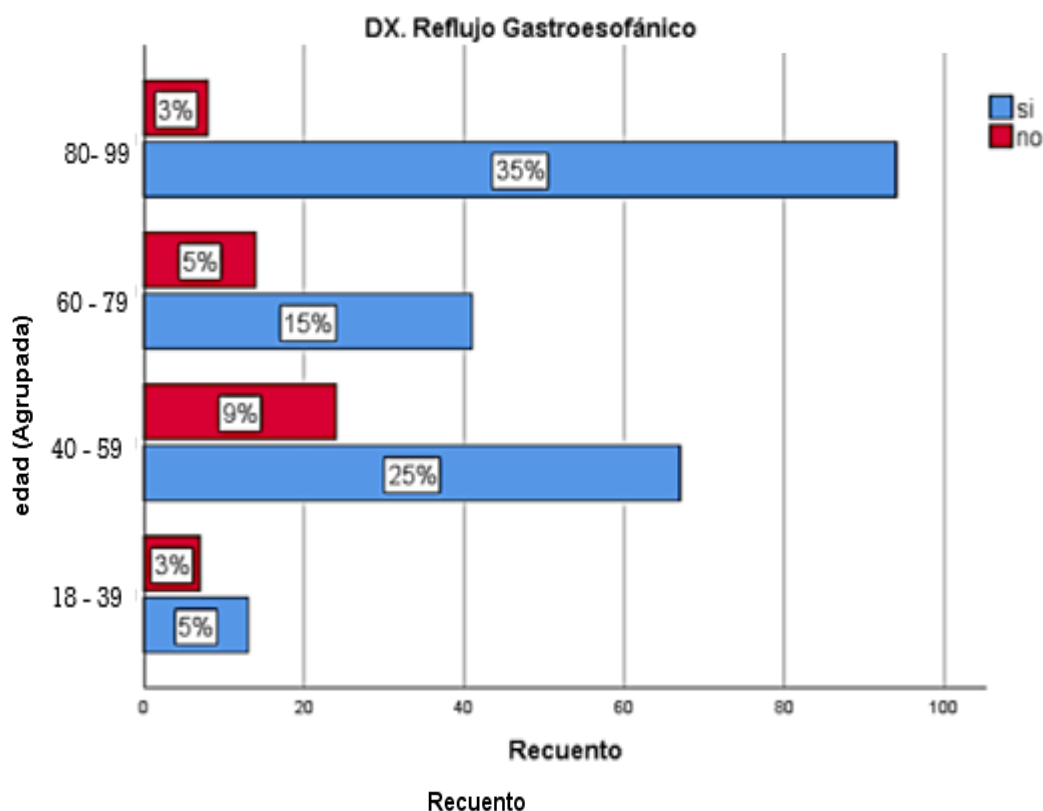
Tabla 3. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CON DIAGNÓSTICO DE TOS CRONICA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO.

¿CUÁL ES LA EDAD DEL PACIENTE?			DX. TOS Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO		TOTAL
			SI	NO	
edad (Agrupada)	18-39	Recuento	13	7	20
		% del total	5%	3%	8%
	40-59	Recuento	67	24	91
		% del total	25%	9%	34%
	60-79	Recuento	41	14	55
		% del total	15%	5%	20%
	80-99	Recuento	94	8	102
		% del total	35%	3%	38%
	Total	Recuento	215	53	268
		% del total	80%	20%	100%

Fuente: Ficha de Recojo de información

Fecha: 2020

Grafico 3. EDAD DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CON DIAGNÓSTICO DE TOS CRONICA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO.



Descripción.

Luego de haber analizado las 268 historias clínicas, se observa que el mayor porcentaje es decir; el 35% de pacientes de las edades 80 – 99 Si sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, solo el 3% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

El 15% de pacientes de las edades 60 - 79 – Si sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, solo el 5% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

Mientras que el 25% de pacientes de las edades 40 - 59 – Si sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, solo el 9% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

Finalmente el 5% de pacientes de las edades 18 - 39 Si sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, solo el 3% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

Como se puede apreciar en la tabla 3., Gráfico 3., de 268 HC analizadas, en la distribución de la población por edades existe mayor riesgo en adultos mayores cuyas edades están comprendidas entre las edades de 80 – 99 años de edad.

Como se puede apreciar en la tabla 3., Gráfico 3. 215 pacientes representado por el 80% sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico. Mientras que 53 pacientes es decir 20% solo presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

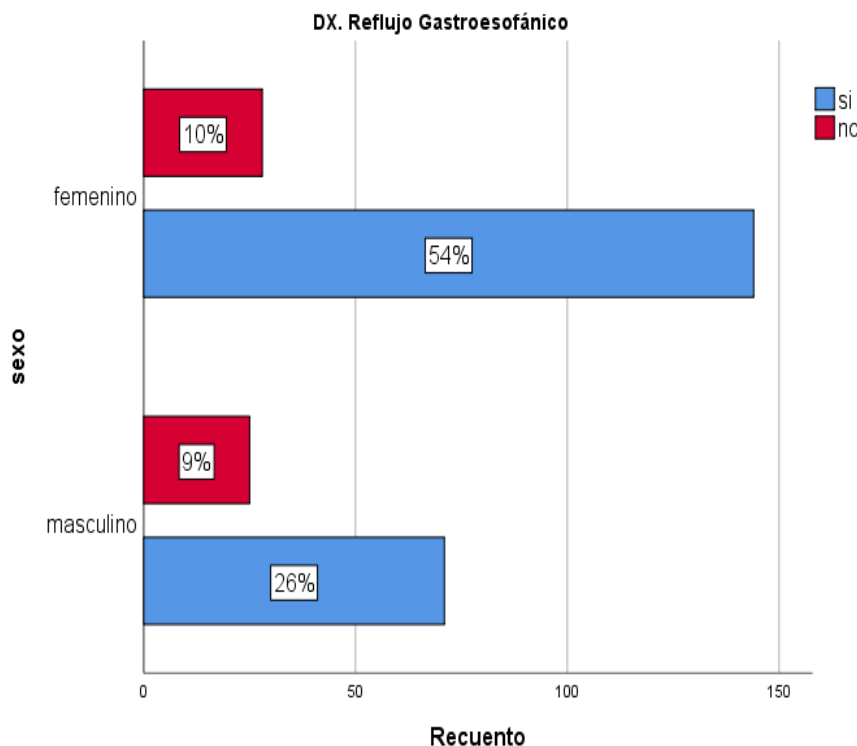
Tabla 4. GENERO / SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CON DIAGNOSTICO DE TOS CRONICA Y REFLUJO GASTROESOFÁNICO

¿CUÁL ES EL SEXO DEL PACIENTE?			DX. TOS Y REFLUJO GASTROESOFÁNICO		TOTAL
			SI	NO	
sexo	Masculino	Recuento	71	25	96
		% del total	26%	9%	36%
	Femenino	Recuento	144	28	172
		% del total	54%	10%	64%
Total		Recuento	215	53	268
		% del total	80%	20%	100%

Fuente: Ficha de Recojo de información

Fecha: 2020

Grafico 4. GENERO / SEXO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CON DIAGNOSTICO DE TOS CRONICA Y REFLUJO GASTROESOFÁNICO.



Descripción.

Luego de haber analizado las 268 historias clínicas, se observa que el mayor porcentaje es decir; el 54% de pacientes de género femenino sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico. Mientras que solo el 10% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

De otro lado el 26% de pacientes de género masculino sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, solo el 9% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

Como se puede apreciar en la tabla 4., Gráfico 4., de 268 HC analizadas, en la distribución de la población según genero existe mayor riesgo en mujeres que en varones.

Como se puede apreciar en la tabla 4., Gráfico 4. 215 pacientes representado por el 80% sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico. Mientras que 53 pacientes es decir 19% solo presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

IV. DISCUSION

Varios estudios refieren que la tos crónica (TC) o tos que dura más de 8 semanas es un síntoma complejo sobre el que pueden intervenir al menos 4 especialidades médicas: Neumología, Alergia, Digestivo y Otorrinolaringología.

El diagnóstico clínico de la TC se basa en una relación causa - efecto (asma, reflujo gastroesofágico (RGE) y síndrome de la vía aérea superior) o en enfermedades que no necesariamente impliquen causa - efecto (EPOC, cáncer, insuficiencia cardíaca).

De otro lado el RGE se define como la presencia de contenido gástrico en el esófago, sin estar asociado al vómito. Esta enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) puede tener manifestaciones tanto esofágicas como extraesofágicas.

En este estudio el instrumento utilizado fue la Ficha de Recojo de Información y tuvo dos variables con ítems cerrados de carácter dicotómicos.

En otros países se realizaron estudios afines sobre este tema de investigación así tenemos a Koufman quien fue el primero en distinguir claramente el RFL del RGE, mediante un reporte combinado de 899 pacientes. Entre los que tenían RFL, 87% presentaba carraspera, en contraposición con los diagnosticados con RGE, quienes referían dicho síntoma en el 3% de los casos. Por otro lado 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. 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%).

Así mismo, al cumplir con los objetivos de la investigación, se obtuvo que de 215 pacientes el 80% sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, mientras que 53 pacientes es decir 19% solo presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico.

A nivel nacional el estudio de Muñoz A, en una investigación de tipo descriptivo - transversal y Prospectivo, teniendo como objetivo conocer el impacto en la calidad de vida de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en los pacientes del “Hospital Nacional Sergio Bernales” de Octubre a Diciembre del 2017, incluyéndose en este estudio a 174 pacientes, obtuvo como resultado que el 79,3% de los pacientes con ERGE fueron del sexo femenino y la edad promedio fue 43 años. El puntaje promedio de calidad de vida en los pacientes con ERGE fue 51,40 puntos y el 72,4% presentó un impacto negativo, siendo la dimensión más afectada el impacto psicológico obteniendo los puntajes más bajos. El grupo etario más frecuente (57,1%) fue de 30 a 59 años en los pacientes con ERGE con peor calidad de vida y, la pirosis (28,6%) fue el síntoma más frecuente en los pacientes con impacto negativo en la calidad de vida

Lo anterior se puede comparar con el estudio realizado, toda vez que el 64% de pacientes que sufre de Tos crónica es de sexo Femenino.

Otro estudio efectuado por Molina A., de tipo Inductivo – Deductivo – Transversal, que tuvo como objetivo determinar el comportamiento de la enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en adultos atendidos en el Subcentro de salud de Huachi Grande. Los resultados permitieron obtener una frecuencia de la enfermedad por reflujo de 27.38% siendo más significativa en el sexo femenino (59%) en el grupo etario de 30- 39 años (28.5%), la sintomatología predominante fue la pirosis con 33.75% y la esofagitis con 43.61% la complicación más importante.).

Este estudio también tiene similitud con el presente trabajo de investigación toda vez que; los resultados indican que el 64% de pacientes que sufre de Tos crónica es de sexo Femenino, y el 35% de pacientes de las edades 80 – 99 Si sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico, solo el 3% presenta Tos crónica sin reflujo gastroesofágico, y el 54% de pacientes de género femenino sufre de Tos crónica y reflujo gastroesofágico.

V. CONCLUSIONES

1. El reflujo gastroesofágico SI es un factor de riesgo asociado a tos crónica en adultos atendidos del Hospital Docente Las Mercedes.
2. En cuanto pacientes que tiene diagnóstico de reflujo gastroesofágico y tos crónica :
 - El 35% de pacientes de las edades 80 – 99 años de edad.
 - El 54% de pacientes de sexo femenino, mientras que el 26% de pacientes es de sexo masculino.
3. En cuanto pacientes que tienen diagnóstico de reflujo gastroesofágico y sin diagnóstico de tos crónica:
 - El 38% de pacientes adultos fue de 80 – 99 años de edad Si sufre de Tos crónica, lo que denota mayor vulnerabilidad y riesgo a cualquier enfermedad.
 - El 64 % de pacientes fue de sexo femenino, mientras que el 36% de pacientes es de sexo Masculino, lo que denota mayor riesgo en mujeres que varones.

VI. RECOMENDACIONES

- A los investigadores realizar otros estudios relacionados a la tos crónica y reflujo gastroesofágico.
- Realizar gestiones para implementar programas de difusión preventiva ante casos de tos crónica y reflujo gastroesofágico, con mayor incidencia en la población adulto mayor y de manera prioritaria en mujeres.
- Realizar charlas de concientización hacia los pacientes, familiares y otros, sobre la importancia de acudir al hospital para un diagnóstico y tratamiento adecuado y a tiempo.
- Realizar seguimientos permanentes a aquellos pacientes adultos mayores cuya salud está relacionada con la tos crónica, para que reciban tratamiento y de este modo prevenir riesgos.
- Formar alianzas multidisciplinarias entre las diversas áreas y/o consultorios afines para la atención a los pacientes y que estos mejoren su calidad de vida, desde edades tempranas, y tomen conciencia de las complicaciones que puede tener los reflujo gastroesofágicos frente a la tos crónica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Charlone, R. Manifestaciones respiratorias y otorrinolaringológicas del reflujo gastroesofágico. Mayo 2015; Año XXIII N° 46: 21- 24.
2. Cobeta I, Pacheco A, Mora E. Participación laríngea en la tos crónica. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013; 64 (5): 363 – 368.
3. Cobeta I, Pacheco A, Wagner C. Tos crónica refractaria. Nuevas perspectivas en diagnóstico y tratamiento. Revisión Arch Bronconeumol. 2013; 49 (4):151–157.
4. Nazar S, Fullá J, Varas A. Reflujo faringolaríngeo: Revisión bibliográfica. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2015; 68: 193 -198.
5. Colak Y, Nordestgaard B, Laursen L, Risk. Factors for Chronic Cough Among 14,669 Individuals From the General Population. CHEST 2017; 152 (3): 563 – 573.
6. Jiang G, Huang X, Li T. Chronic Cough: Clinical Characteristics and etiologies of 510 cases. Turk J Med Sci. 2016; 46: 1734 – 1739.
7. Sung Yoon K, Gun - Woo K, Woo - Jung S. Chronic Cough in Korean adults: a literature review on common comorbidity. Asia Pac Allergy 2016; 6:198 – 206.
8. Kahrilas P, W. Altman K; B. Chang A. Chronic Cough Due to Gastroesophageal Reflux in Adults. CHEST Guideline and Expert Panel Report. CHEST 2016; 150 (6):1341 – 1360.

9. Ozdemir P, Erdinc M, Vardar R. The role of Microaspiration in the Pathogenesis of Gastroesophageal Reflux - related Chronic Cough. *J Neurogastroenterol Motil* 2017; 23:41 - 48.
10. Francis D. Chronic Cough and Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology & Hepatology*. 12, Issue 1 January 2016.
11. Xianghuai X, Hanjing L, Li Y, Chen Q, A. Stepwise protocol for the treatment of refractory gastroesophageal Reflux - Induced Chronic Cough. *J Thorac Dis* 2016; 8 (1):178 – 185.
12. Lavorini F; Chellini E; Bigazzi F, The Clinical Value of Deflation Cough in Chronic Coughers With Reflux Symptoms. *CHEST* 2016; 149 (6):1467 – 1472.
13. Alvear G. Tos crónica por reflujo gastroesofágico: Guía diagnóstico terapéutica. *CHEST* 2016; 150:1341 – 1360.
14. Hernández de chacón A. La recolección y análisis de datos cuantitativos. Universidad de Yacambú. Barquisimeto; 2013.
15. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2010.
16. Ley General de Salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.
17. Muñoz A. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico y Calidad de Vida en los pacientes del Servicio de Gastroenterología del “Hospital Nacional Sergio Bernales” de octubre a diciembre 2017. Tesis para optar título de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada San Juan Bautista 2018. [Citado el 28 de noviembre del 2019] 20 – 22 pp. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1552/T-TPMC->

%20Andrea%20Belen%20%20Mu%C3%B1oz%20Munguia.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Burgos E. Obesidad como Factor Asociado a Esofagitis por Reflujo Gastroesofágico en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. Tesis para optar título de Médico Cirujano. Lima, Perú. Universidad Privada Antenor Orrego 2018. [Citado el 22 de Diciembre del 2019] 7 – 11 pp. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2183/1/RE_MED.HUMA_EDWIN.BURGOS_OBESIDAD.COMO.FATOR.ASOCIADO.A.ESOFAGITIS.POR.REFLUJO_DATOS.pdf.
19. Molina A. Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en adultos atendidos en el Subcentro de salud de Huachi Grande en el Periodo 2013 - 2014. Tesis para optar título de Médico Cirujano. Ambato Ecuador. Universidad Autónoma de los Andes “Uniandes” [Citado el 23 de Diciembre del 2019] 59 – 69 pp. Disponible en:
<http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/506/1/TUAMED047-2015.pdf>
20. Suarez JM, Erdozain JC, Comas C, Villanueva R. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: tratamiento. del Sistema Nacional de Salud Vol. 23—N.º 4 – 1999; 23: 97-103.
21. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1.º D 28036 Madrid. 2019; (1) 1 - 100.
22. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de

- Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. º D 28036 Madrid. 2019; (2) 1 - 100.
23. Aziz Q, Fass R, Gyawali CP, Miwa H, Pandolfino JE, Zerbib F. Functional Esophageal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;150 (6): 1368 – 79
 24. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. º D 28036 Madrid. 2019; (3) 1 - 100.
 25. Vaezi MF, Pandolfino JE, Vela MF, Shaheen NJ. White Paper AGA: Optimal Strategies to Define and Diagnose Gastroesophageal Reflux Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2017;15:1162 -72.
 26. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. º D 28036 Madrid. 2019; (4) 1 - 100.
 27. Ponce J, Beltrán B, Ponce M, Zapardiel J, Ortiz V, Vegazo O, et al.; Members of the IBERGE study group. Impact of gastroesophageal reflux disease on the quality of life of Spanish patients: the relevance of the biometric factors and the severity of symptoms. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009; 21:620 – 9 .
 28. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. º D 28036 Madrid. 2019; (5) 1 - 100.

29. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. ° D 28036 Madrid. 2019; (6) 1 - 100.
30. Nilsson M, Johnsen R, Ye W, Hveem K, Lagergren J. Prevalence of gastro-oesophageal reflux symptoms and the influence of age and sex. *Scand J Gastroenterol*. 2004; 39 (11):1040 – 5.
31. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. ° D 28036 Madrid. 2019; (7) 1 - 100.
32. Díaz-Rubio M, Moreno – Elola – Olaso C, Rey E, Locke GR 3rd, Rodríguez - Artalejo F. Symptoms of gastro-oesophageal reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a Spanish population. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:95-105
33. Fox M, Barr C, Nolan S, Lomer M, Anggiansah A, Wong T. The effects of dietary fat and calorie density on esophageal acid exposure and reflux symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007; 5 (4):439-44
34. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1. ° D 28036 Madrid. 2019; (7) 1 - 100.
35. Alcedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner C, Mas P, Mearin F, Minguez M, Montoro M, Murzi M, Rey E, Serra J. Documento de

actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. IMC. International Marketing & Communication S.A. Alberto Alcocer 13, 1.º D 28036 Madrid. 2019; (8) 1 - 100.

36. Álvarez M, Sandoval G. Tos Crónica. Guías Clínicas Respiratorio. Facultad de Medicina. Universidad Finis Terrae. (1).
37. Irwin, R. S.; Boulet, L. P.; Cloutier, M. M. et al. Managing cough as a defense mechanism and as a symptom. A consensus evaluation panel report of the American College of Chest Physicians. Chest 1998; 114 133S-181S.
38. Osses J, Nahabedian S, Gaitán C, Morales R, Sosso A, Malamud P, Morandi V, Pace S, Mazzei J. Tos Crónica. Sección Neumonología Clínica de la AAMR. (Rev Arg Med Respir 2001; 1:31 - 43).
39. Irwin, R. S.; Curley, F. J.; French, C. L. Chronic cough: the spectrum and frequency of causes, key components of the diagnostic evaluation and outcomes of specific therapy. Am Rev Respir Dis 1990; 141: 640-647.
40. Irwin, R. S.; Madison, J. M. The diagnosis and treatment of cough. NEJM, 2000; 343,23:1715-1721.

TABLE 2] PICO Questions Addressed by Systematic Review

Question #1
Can therapy intended to treat GER improve or eliminate cough in adults with chronic and persistently troublesome cough? 1. Population: Adult patients with more than an 8-wk history of refractory chronic cough 2. Intervention: Therapies directed at reducing the occurrence of GER, modifying the constituents of gastroesophageal refluxate, or modifying the sensitivity of the esophageal mucosa to gastroesophageal refluxate. This can encompass: (1) lifestyle measures (diet modifications, weight loss, or postural maneuvers such as head of bed elevation; (2) medications (antacids, antisecretory drugs, "proton pump" drugs, reflux-inhibitor drugs, or medications that reduce esophageal sensitivity); and (3) surgery (fundoplication, novel surgical or "endoscopic" techniques). 3. Comparator: Similar patients with chronic cough not receiving the designated treatment for GER, receiving a placebo treatment, or receiving a sham treatment 4. Outcome: Differential reduction or remission of chronic cough according to whether or not the designated interventions were rendered

Question #2

Are there minimal clinical criteria to guide clinical practice in determining that a patient's chronic cough is likely to respond to therapy for GER?

- a. Population: Adult patients with more than an 8-wk history of refractory chronic cough
 - b. Intervention: Administration of a clinical assessment algorithm designed to identify a subset of patients with refractory chronic cough whose cough can be improved or eliminated by therapy for GER.
 - c. Comparators: Similar patients with chronic cough not meeting the designated clinical criteria
 - d. Outcome: Differential reduction or remission of chronic cough with therapy directed at GER according to whether or not patients with chronic cough meet the designated "minimal clinical criteria"
-
-

See [Table 1](#) legend for expansion of abbreviations.

ANEXO N° 02



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS N°.....

REFLUJO GASTROESOFÁGICO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A TOS CRÓNICA EN ADULTOS ATENDIDOS EN CONSULTORIO DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES.

Nombre: _____

Sexo: _____

H.C. N°: _____

Edad: _____

Variable Dependiente:

DX. Tos crónica

SI _____ NO _____

Variable Independiente:

DX. Reflujo Gastroesofágico:

SI _____ NO _____

Fecha:/...../.....

Firma:

ANEXO N° 03

SOLICITA: APROBACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION DE PREGRADO

Dr.

DIRECTOR DEL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES.

Presente.-

La suscrita Hidrugo Barragán Carmen Elizabeth, alumna de la Escuela de Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Particular de Chiclayo, identificado con DNI N° 46969932, domiciliado en la Calle Cesar Vallejo 159 Urb. Los Abogados Santa Victoria, con el debido respeto me presento y expongo:

Que siendo requisito indispensable para poder optar el Título Profesional de Médico Cirujano, la presentación del Plan de Tesis, recurro a su Digno despacho a fin de que apruebe mi proyecto de tesis denominado: REFLUJO GASTROESOFAGICO COMO FACTOR DE RIESGO ASOCIADO A TOS CRÓNICA EN ADULTOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DOCENTE LAS MERCEDES LOS MESES DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2019, así como acceder a la revisión de las historias clínicas del Hospital que usted dignamente dirige.

Chiclayo, de del 2019

HIDRUGO BARRAGÁN CARMEN
DNI N° 46969932



ANEXO N° 04

UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR EL EXPERTO

DATOS DEL EXPERTO: _____ GRADO: _____

CENTRO DE LABORES: _____ ESPECIALIDAD: _____

NOMBRE DEL INSTRUMENTO: _____

INSTRUCCIONES:

Marque con una aspa el recuadro que corresponda a su respuesta y según su criterio investigativo, y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias. Respecto a los ítems que propone el investigador.

Se empleó los siguientes criterios de evaluación:

A. De acuerdo	B. En desacuerdo
---------------	------------------

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	A	B
1	Las preguntas responden a los objetivos de la investigación		
2	Los ítems miden las variables de estudio		
3	El instrumento persigue los fines del objetivo general		
4	El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos		
5	Las ideas planteadas son pocas pero relevantes		
6	Hay claridad en la elaboración de los ítems		
7	Las preguntas responden a un orden lógico y necesario		
8	El número de ítems por variables es el adecuado		
9	El número de ítems por aspectos es el adecuado (edad, sexo, historia clínica, etc.)		
10	La secuencia planteada es adecuada		
11	Las preguntas deben ser mejoradas		
12	Las preguntas son de contenido pertinente respecto al tema.		
13	Considera que son suficientes los ítems propuestas.		

Explique al final

Observaciones	Sugerencias

Firma: _____ Fecha: _____ DNI N°: _____