



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Valor del Índice y Puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo
Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos
periodo enero 2021 a enero 2022

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Otorrinolaringología

AUTOR(ES)

Kitano Rosales, Mario Alfonso

(ORCID: 0000-0003-0783-8490)

ASESOR(ES)

Aguirre Huerta, José Fernando

(ORCID: 0000-0002-6657-2752)

Lima, Perú

2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Kitano Rosales, Mario Alfonso

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 46203277

Datos de asesor

Aguirre Huerta, José Fernando

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 08782989

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Vela Zegarra, Jorge Luis

DNI: 07436506

Orcid: 0000 0002 0020 5976

SECRETARIO: Peralta Valderrama, Luis Guillermo

DNI: 04084828

Orcid: 0000 0002 2472 1094

VOCAL: Barrios Cruz, Cesar Roberto

DNI: 29335133

Orcid: 0000 0001 9973 5987

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.23

Código del Programa: 912819

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	04
1.1 Descripción de la realidad problemática	04
1.2 Formulación del problema	05
1.3 Objetivos	05
1.4 Justificación	06
1.5 Delimitaciones	06
1.6 Viabilidad	06
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	07
2.1 Antecedentes de la investigación	07
2.2 Bases teóricas	09
2.3 Definiciones conceptuales	11
2.4 Hipótesis	11
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	11
3.1 Tipo de estudio	11
3.2 Diseño	11
3.3 Población y muestra	13
3.4 Operacionalización de variables	14
3.5 Técnicas de recolección de datos. Instrumentos	15
3.6 Técnicas para el procesamiento de la información	16
3.7 Aspectos éticos	16
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA	17
4.1 Recursos	17
4.2 Cronograma	18
4.3 Presupuesto	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS	23
1. Matriz de consistencia	23
2. Instrumentos de recolección de datos	24
3. Índice de Belafsky	25
4. Puntaje de Belafsky	25

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El reflujo faringolaríngeo (RFL) es una condición inflamatoria de los tejidos del tracto aerodigestivo superior relacionada con los efectos directos e indirectos del reflujo del contenido gastroduodenal, lo que puede inducir cambios morfológicos en el tracto aerodigestivo superior. Los síntomas relacionados con RFL prevalecen entre el 10 y el 30 % de los pacientes de otorrinolaringología, lo que representa la mitad de los pacientes en los países occidentales, se ha informado que la prevalencia de RFL es del 18,8% en la población general griega¹.

Un estudio realizado en el continente asiático en 2017 informó que la prevalencia de RFL varió de 2,85% a 6,29% entre diferentes grupos de edad en una ciudad ubicada en el este de China, por otro lado, en este reporte se mostró que la prevalencia de RFL fue del 8,1% de los estudiantes universitarios chinos².

El reflujo faringolaríngeo también se conoce como reflujo "extraesofágico" o "silencioso", y provoca un daño grave del tracto aerodigestivo superior; aunque el RFL y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) son causadas por el reflujo del contenido gástrico, las dos condiciones muestran diferencias en la presentación clínica y las modalidades de tratamiento. En un reporte realizado en Norteamérica la incidencia de los síntomas clásicos de reflujo (ardor de estómago y regurgitación) en pacientes con RFL se estima en un 40 %, y la incidencia de esofagitis se estima en aproximadamente un 25 %, lo que indica que la mayoría de los pacientes con reflujo faringolaríngeo no tiene esofagitis³.

1.2. Formulación del problema

¿Tiene el índice y puntaje de Belafsky valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos periodo enero 2021 a enero 2022?

1.3. Objetivos

Objetivo general

Determinar si el índice y puntaje de Belafsky tienen valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos periodo enero 2021 a enero 2022.

Objetivos específicos

Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del índice de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo.

Determinar el área bajo la curva y el mejor punto de corte del índice de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo.

Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo.

Determinar el área bajo la curva y el mejor punto de corte del puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo.

1.4. Justificación

El reflujo faringolaríngeo es una patología que es motivo frecuente de consulta en el ámbito de la atención por otorrinolaringología, siendo responsable de una elevada carga de morbilidad es por ello que su identificación oportuna es relevante a fin de modificar de manera efectiva su historia natural, por otro lado el índice de síntomas de reflujo evalúa nueve síntomas que incluyen **síntomas laríngeos y síntomas gastroesofágicos tradicionales** de reflujo e incluye síntomas como acidez estomacal, tos, globo y disfunción del sonido de la voz. Desde la introducción de este índice, numerosos estudios han demostrado la confiabilidad y consistencia de este método en varias poblaciones a nivel mundial, estableciendo el método como una herramienta diagnóstica muy útil en el día a día; en este sentido consideramos pertinente actualizar a valoración de la utilidad diagnóstica de herramienta clínica en nuestro contexto sanitario inmediato considerando **que no hemos identificado estudios similares recientes** es que nos proponemos realizar el presente estudio.

1.5. Delimitaciones

El estudio se realizará en el ámbito geográfico y sanitario correspondiente al servicio de Otorrinolaringología del Hospital III Suárez Angamos durante el periodo enero 2021 a enero del 2022, en el cual se incluirán a los pacientes con sospecha de reflujo faringolaríngeo que cumplan con los criterios de selección.

1.6. Viabilidad

En la sede nosocomial en donde se realizará el proyecto durante el periodo correspondiente existe una población suficientemente numerosa como para poder extraer la muestra necesaria para poder aplicar la presente investigación, por otro lado, las variables que se tomarán en cuenta en este estudio pueden extraerse por medio de la revisión retrospectiva de los expedientes clínicos de los pacientes.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Cheng G, et al (China, 2018); evaluaron las diferencias en la puntuación del índice de síntomas de reflujo (ISR) entre los géneros y determinaron el umbral adecuado para diagnosticar la enfermedad por reflujo faringolaríngeo, se incluyeron voluntarios asintomáticos y pacientes confirmados con un sistema de monitoreo orofaríngeo con monitoreo de pH. Se reclutaron ciento siete voluntarios asintomáticos y cincuenta y cinco pacientes con RFL. La puntuación media de los sujetos con RFL ($9,4 \pm 3,2$) fue significativamente mayor que la de los sujetos de control ($7,1 \pm 2,6$; $p < 0,001$). El puntaje medio para las mujeres asintomáticas ($6,1 \pm 2,7$) fue significativamente menor que la de los hombres ($7,7 \pm 2,5$; $p < 0,001$). Según el análisis ROC, los mejores puntos de corte fueron 9,0 para hombres y 6,0 para mujeres⁴.

Mogrovejo L, et al (Colombia, 2021); evaluaron herramientas para la detección de esta patología como el índice de síntomas de reflujo (ISR) y el puntaje de hallazgos de reflujo (PHR) de Belafsky, se comparó el ISR y el PHR para contribuir a un mejor acercamiento al diagnóstico en pacientes de consulta externa con sospecha de reflujo extraesofágico. Se estudiaron 92 pacientes con una edad promedio de 52 años, a los cuales se les aplicó el ISR y PHR de Belafsky. El ISR fue positivo en 81,5% (n: 75) de los pacientes; el PHR en 83,7% (n: 77). Para los pacientes con un resultado positivo tanto en la el ISR como en el PHR, tuvieron una sensibilidad de 92% (valor predictivo positivo de 90%), y una especificidad del 53% (valor predictivo negativo de 60%)⁵.

Gaur S, et al (India, 2021); investigaron la confiabilidad de ISR en el diagnóstico de RFL, en un estudio en donde se incluyó 100 pacientes que acudieron a la consulta de Otorrinolaringología con síntomas sugestivos de enfermedad por reflujo. Se les pidió a los pacientes que llenaran la hoja de puntaje ISR en la primera etapa y los pacientes con $ISR > 13$ fueron elegidos para el estudio. Un total de 81 pacientes fueron seleccionados y examinados mediante laringoscopia directa de 70° asistida por video para

determinar el diagnóstico. En 81 pacientes. Las principales quejas fueron sensación de globus faríngeo en 20 (24,7%) pacientes, tos en 10 (12,3%), disfonía estuvo presente en 8 (9,8%), carraspeo en 13 (16,0%), ronquido en 5 (6,1%), disfagia en 15 (18,5%) y regurgitación en 10 (12,3%). El ISR se consideró positivo cuando la puntuación de reflujo fue ≥ 13 y/o PHR ≥ 7 . Solo 7 pacientes de 81 tuvieron una puntuación positiva en ISR con una puntuación negativa en PHR⁶.

Zaitabau Z, et al (Sudáfrica, 2022); determinó la utilidad del puntaje de hallazgos de reflujo (PHR) y el índice de síntomas de reflujo (RSI) en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo faringolaríngeo, en un estudio transversal prospectivo, mediante la prueba de chi-cuadrado. En este estudio se reclutaron un total de 2500 pacientes, de los cuales 800 (32,0%) eran hombres y 1700 (68,0%) eran mujeres. De los 2500, 1520 (60,8%) pacientes se encontró que tenían un ISR de >13 . De los 1520 pacientes sometidos a laringoscopia de 70 grados, se encontró que 1425 pacientes (95,0%) tenían una PHR > 7 ⁷.

Wang J, et al (China 2021); evaluaron si el índice de síntomas de reflujo (ISR) puede reemplazar el monitoreo del pH como una herramienta de diagnóstico para el reflujo faringolaríngeo (RFL). En un total de 216 pacientes chinos se sometieron a monitoreo de pH faringolaríngeo y completaron el cuestionario ISR. La monitorización del pH faringolaríngeo indicó un diagnóstico de RFL para pacientes con 7 o más episodios de reflujo. El cuestionario indicó un diagnóstico de RFL para pacientes con puntajes RSI de 14 o más. De los 216 pacientes, 85 fueron diagnosticados por el ISR, y 72 fueron diagnosticados a través de la monitorización del pH faringolaríngeo. La sensibilidad del ISR fue del 48,6% (35/72), y su especificidad del 82,5% (94/114)⁸.

2.2. Bases teóricas

El reflujo faringolaríngeo (RFL) es el reflujo de contenido gástrico en la laringofaringe, donde el contenido entrará en contacto con el tracto aerodigestivo superior. Estas entidades clínicas son conocidas por afectar profundamente la calidad de vida del paciente, alterando el sueño y las

actividades diarias y la reducción de la eficacia en la comunicación⁹. Los síntomas clínicos que pueden ser encontrados en el RFL incluyen ronquera, tos crónica, carraspeo excesivo, fatiga vocal, goteo posnasal, globus faríngeo y disfagia. Además, también puede causar varias lesiones en la laringe, incluyendo granuloma vocal, estenosis subglótica, tensión muscular disfonía, laringoespasma e incluso carcinoma de laringe¹⁰.

El reflujo de componentes gástricos hacia el tracto aerodigestivo resulta en una reacción inflamatoria, la subsiguiente reacción provoca los siguientes efectos: (a) hipersecreción en el espacio faríngeo; (b) acumulación de mucosidad; (c) sensación de goteo post-nasal; y (d) una tos crónica que puede desencadenar asfixia. El efecto del gas ácido puede exacerbar las lesiones laríngeas, resultando en alteración de la constitución de las cuerdas vocales, úlceras y/o granulomas, que además producen síntomas, tales como ronquera, globus faríngeo, y dolor de garganta, la fisiopatología exacta es aún incierta¹¹.

La mucosa faríngea y laríngea no puede prevenir la lesión directa del ácido gástrico y la pepsina contenida en el reflujo. El gas o líquido ácido y la pepsina son sustancias nocivas para la laringe y tejidos circundantes. La pepsina es el principal agente proteolítico del estómago, la actividad óptima de la pepsina ocurre a un pH ácido muy bajo (pH 2.0) y es estable a pH 6 pero se reactivará si el pH puede volver a pH 2.0; el ácido gástrico en la parte distal del esófago también puede estimular reflejos vagales que resultan en broncoconstricción, carraspeo y dolor crónico¹².

La prueba ambulatoria de monitoreo de pH esofágico con doble sonda de 24 horas, que fue desarrollado y utilizado para diagnosticar reflujo gastroesofágico, ha sido considerada como el estándar de oro para el diagnóstico de RFL, sin embargo, este enfoque no detecta episodios de reflujo no ácido ni en el esófago o la cavidad hipofaríngea. Una más recientemente técnica desarrollada, valoración multicanal intraluminal impedancia-pH (MII-pH), es el método más confiable para medir con precisión el reflujo ácido, no ácido y mixto¹³. Otra forma de diagnosticar el reflujo es realizar una prueba terapéutica con un inhibidor de la bomba de protones

(IBP) empírico durante 3 meses en pacientes con síntomas y hallazgos asociados¹⁴.

Aunque los IBP son la clase de medicamentos más comúnmente prescritos para los síntomas de reflujo, los ensayos aleatorios controlados con placebo no han podido demostrar ningún beneficio terapéutico y son menos efectivos en los pacientes con reflujo no ácido o mixto, el magaldrato puede ser útil para muchos pacientes con reflujo no ácido o mixto, también es importante que los médicos brinden asesoramiento a los pacientes sobre los factores del estilo de vida como una forma de tratar los síntomas del reflujo, pero dicho asesoramiento a menudo se pasa por alto^{15,16}.

El Índice de Síntomas de Reflujo (ISR) fue desarrollado en 2001 con el objetivo de diagnosticar el reflujo faringolaríngeo. El índice es un instrumento validado de nueve ítems que se centra en los síntomas, incluida la ronquera, aclaramiento frecuente de la garganta, globo, tos y disfagia. Se consideró que una puntuación de más de 5 puntos se considera clínicamente significativo. El índice es la única herramienta disponible para evaluar el reflujo faringolaríngeo y su gravedad subjetivamente. El ISR es un cuestionario auto administrado que ha sido validado y traducido a varios idiomas. Belafsky desarrolló este sistema de puntuación de diagnóstico, para ayudar a los médicos a evaluar el grado de los síntomas durante el período inicial de valoración y postratamiento. Una puntuación RSI > 13 es considerado un resultado anormal; cada una de las nueve preguntas se califica en una escala de 0 (ningún problema) a 5 (problema grave), con una puntuación máxima de 45 que indica la mayor gravedad.

En el 2011 se elaboró un puntaje basado en las alteraciones encontradas durante la laringoscopia directa en pacientes con reflujo, puntuando los hallazgos denominados como Puntaje de Hallazgos de Reflujo (PHR), considerando el punto de corte del PHR mayor o igual a 7¹⁷.

2.3. Hipótesis

Alternativa:

El índice y puntaje de Belafsky tienen valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos en el periodo enero 2021 a enero 2022

Nula:

El índice y puntaje de Belafsky no tienen valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos en el periodo enero 2021 a enero 2022

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Observacional, retrospectiva, transversal, de pruebas diagnósticas.

3.2. Diseño

Según la intervención del investigador:

- **Observacional:** el investigador recolecta datos para posterior describirlos y poder analizarlos.

Según la planificación de toma de datos:

- **Analítico:** La información será comparada entre los grupos de estudio.

Según el número de veces que se mide la variable en estudio:

- **Transversal:** La variable será medida en una sola oportunidad.

	REFLUJO FARINGOLARÍNCEO	
	SI	NO

INDICE DE BELAFSKY	ELEVADO (≥ 13)	A	B
	NO ELEVADO (< 13)	C	D

		REFLUJO FARINGOLARÍNGEO	
		SI	NO
PUNTAJE DE BELAFSKY	ELEVADO (≥ 13)	A	B
	NO ELEVADO (< 13)	C	D

Sensibilidad: $A/(A+C)$

Especificidad: $D/(B+D)$

Valor predictivo positivo: $A/(A+B)$

Valor predictivo negativo: $D/(C+D)$

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población:

La población está formada por todos los pacientes con sospecha de reflujo faringolaríngeo atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital III Suárez Angamos durante el periodo enero 2021 a enero del 2022 y que cumplan con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 18 años.

Pacientes de ambos sexos.

Pacientes con historias clínicas completas.

Pacientes a quienes se les haya realizado monitoreo del pH esofágico.

Criterios de exclusión

Pacientes que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento para el reflujo.

Pacientes que en los 30 días previos hayan tenido una infección respiratoria alta o baja.

Pacientes que en los 45 días previos hayan sido operados con intubación endotraqueal (orotraqueal).

3.3.2. Tamaño de la muestra

Se seleccionará a pacientes que cumplan los criterios de inclusión y acepten participar en el estudio y no tengan ningún criterio de exclusión.

Se utilizará la siguiente fórmula¹⁸:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha pe qe}{E^2}$$

Donde:

Z α : Coeficiente de confiabilidad.

pe: Sensibilidad del índice según referencia bibliográfica: 0.92 (92%)⁵.

qe = 1-pe

E= 0.05.

OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$(0.05)^2$$

n = 114 pacientes

3.4. Operacionalización de variables

TABLA N°1 Operacionalización de variables					
VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR
REFLUJO FARINGOLARÍNGEO	Reflujo de contenido gástrico en la laringofaringe,	Se valorará positividad por medio del monitoreo del pH.	nominal	cualitativa	SI - NO
ÍNDICE DE BELAFSKY	Sistema de valoración de síntomas del reflujo	Se considerará cuando el valor sea mayor o igual a 13 puntos	nominal	cualitativa	SI - NO
PUNTAJE DE BELAFSKY	Sistema de valoración de signos del reflujo	Se considerara cuando el valor sea mayor o igual a 7 puntos	nominal	cualitativa	SI - NO
SEXO	Género orgánico	Genero indicado en la carpeta clínica	nominal dicotómica	interveniente cualitativa	Femenino Masculino
EDAD	Años de vida	Cantidad de años indicados en la historia clínica	continuo	Interveniente cuantitativa	años
DIABETES	Enfermedad metabólica crónica donde niveles de glucosa están elevados	Glucemia al azar mayor a 200 Glucemia en ayunas mayor a 126 Hemoglobina glucosilada mayor a 6.5%	nominal	interveniente cualitativa	SI - NO
HIPERTENSION ARTERIAL	Enfermedad metabólica crónica donde los valores de presión arterial están elevados	Presión arterial sistólica > a 140 o diastólica > a 90	nominal	Interveniente cualitativa	SI - NO
OBESIDAD	Enfermedad metabólica que compromete al	Incremento de los valores del índice de masa corporal mayor a 30	nominal	Interveniente cualitativa	SI - NO

	metabolismo de los lípidos				
--	----------------------------	--	--	--	--

3.5. Técnicas de recolección de datos. Instrumentos

Ingresarán al estudio los pacientes con sospecha de reflujo faringolaríngeo atendidos en el servicio de Otorrinolaringología del Hospital III Suárez Angamos durante el periodo enero del 2021 a enero del 2022 y que cumplan con los criterios de selección; se solicitará la autorización en la coordinación académica de la institución para luego proceder a:

1. Realizar la identificación de los pacientes en los ambientes de consultorios externos a fin de realizar la aplicación de los cuestionarios: índice de Belafsky (Anexo 3) por medio de la entrevista directa y Puntaje de Belafsky: (Anexo 4) por medio de la revisión del informe de laringoscopia directa correspondiente.
2. Realizar la revisión del expediente clínico para identificar en el informe correspondiente sobre el monitoreo del pH, los hallazgos que permitan caracterizar la variable reflujo faringolaríngeo; para luego proceder a registrar la información en la hoja de recolección de datos.
3. Llenar de la hoja de recolección de datos hasta completar el tamaño muestral requerido; incluyendo además la información necesaria para caracterizar las variables intervinientes.

Instrumentos

Para recolectar la información se empleará una ficha para la correspondiente recolección de datos donde se registrará aspectos relevantes sobre las variables exposición, variable resultado y variables intervinientes.

Se realizará la aplicación de los cuestionarios: índice de Belafsky (Anexo 3) por medio de la entrevista directa y Puntaje de Belafsky: (Anexo 4) por medio de la revisión del informe de laringoscopia directa correspondiente.

3.6. Técnicas para el procesamiento de la información

Se hará un control de calidad de las fichas de recolección de datos que posteriormente será trasladada a una base de datos Excel, posterior a ello y previo visto bueno se procede al procesamiento de datos en estadístico SPSS mediante el cual se obtendrá, la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo, área bajo la curva y mejor punto de cohorte, así como su correspondiente intervalo de confianza al 95%.

3.7. Aspectos éticos

Se enviará el proyecto de investigación completo al Comité de ética del Hospital; se garantizará el anonimato y confiabilidad del manejo de información según las reglas de privacidad y de confidencialidad de acuerdo con los requisitos normativos aplicables, en la Declaración de Helsinki¹⁹ y la Ley General de Salud²⁰.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1. Recursos

TABLA N° 2 Recursos	
RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none">• Investigador.• Asesor de la Investigación.• Analizador estadístico.

	<ul style="list-style-type: none">• Especialistas.
BIENES	<ul style="list-style-type: none">• Fuente de luz led.• Fibra óptica.• Torre endoscópica• Óptica rígida de 70 grados.• Anestésico local en spray.• Gasas estériles.• Bajalenguas descartables.
RECURSOS MATERIALES	<ul style="list-style-type: none">• Fichas de recolección de datos.• Consentimientos informados.• Material de oficina.• Computadora.• Impresora.• Acceso a Internet• Fotocopias• Movilidad

4.3. Presupuesto

TABLA N° 4 Presupuesto					
Bienes de consumo, servicios y gastos operativos					
Descripción	Cantidad	Unidad de medida	Valor Unitario S/.	Valor Total S/.	Justificación
Papel Bond A4	3	millar	25.00	75.00	Impresiones fichas, documentos
Lapicero	50	unidad	0.50	25.00	
Corrector	4	unidad	3.00	12.00	
Lápiz	10	Unidad	1.00	10.00	
Borrador	5	Unidad	0.50	2.50	
Folder A4	12	Unidad	2.00	24.00	
Copias		1 millar	0.10	100.00	Encuestas y avances de informe
Impresiones		2 millares	0.20	400.00	Avances e informes finales
Servicios a terceros		3 UND	600	1800.00	Asesoría, estadístico
			Total S/.	3387.50	

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1.-Lechien J. Evaluation and Management of Laryngopharyngeal Reflux Disease: State of the Art Review. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2019; 160: 762–782.
- 2.-Li F. The Association between Free Sugars Consumption and Laryngopharyngeal Reflux: A Cross-Sectional Study among Chinese Adolescents. *Nutrients* 2021; 13: 3012.
- 3.-Mosli M, Alkathlan B, Abumohssin A, Merdad M, Alherabi A, Marglani O, Jawa H, Alkhatib T, Marzouki HZ. Prevalence and clinical predictors of LPR among patients diagnosed with GERD according to the reflux symptom index questionnaire. *Saudi J Gastroenterol.* 2018;24(4):236-241.
- 4.-Cheng G. Different cutoffs of the reflux finding score for diagnosing laryngopharyngeal reflux disease should be used for different genders, *Acta Oto-Laryngologica* 2018; 138:9, 848-854.
- 5.-Mogrovejo L. Correlation study between Belafsky index and score for extraesophageal reflux diagnosis. *MetroCiencia* 2021; 29 (3). 18-23.
- 6.-Gaur S, Panakkal AS, Arora U, Singh V. Clinical Correlation of Reflux Finding Score with Reflux Symptom Index in Diagnosis & Management of Laryngopharyngeal Reflux Disease in A Tertiary Care Hospital, Western Up. *ENT-Updates.* 2021; 11(1): 14-17.
- 7.-Zaitabau Z. Utility of reflux finding score and reflux symptom index in diagnosis of laryngopharyngeal reflux disease. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology.* 2022; 7:785–789.

- 8.-Wang J. Poor consistency between reflux symptom index and laryngopharyngeal pH monitoring in laryngopharyngeal reflux diagnosis in Chinese population. *Ann Transl Med* 2021;9(1):25.
- 9.-Sachdeva K, Shrivastava T. Dysphonia and its correlation with acoustic voice parameters. *Int J Phonosurgery Laryngol*. 2018; 8(1): 6–12.
- 10.-Postma G, Fritz MA. Dysphonia and laryngopharyngeal reflux. 2018; 185–92.
- 11.-Kavookjian H, Irwin T, Garnett JD, Kraft S. The reflux symptom index and symptom overlap in dysphonic patients. *Laryngoscope*. 2020;130(11):2631–6.
- 12.-Yin C. Pepsin and Laryngeal and Hypopharyngeal Carcinomas. *Clin. Exp. Otorhinolaryngol*. 2021; 14: 159–168.
- 13.-Liu H. Association between Emotional Eating, Depressive Symptoms and Laryngopharyngeal Reflux Symptoms in College Students: A Cross-Sectional Study in Hunan. *Nutrients* 2020; 12: 1595.
- 14.-Lechien J. Laryngopharyngeal Reflux: A State-of-the-Art Algorithm Management for Primary Care Physicians. *J. Clin. Med*. 2020; 9: 3618.
- 15.-Li N. Dietary sugar/starches intake and Barrett's esophagus: A pooled analysis. *Eur. J. Epidemiol*. 2017; 32: 1007–1017.
- 16.-Lechien J. Patients with acid, high-fat and low-protein diet have higher laryngopharyngeal reflux episodes at the impedance-pH monitoring. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol*. 2020; 277: 511–520.
- 17.-Stachler RJ, Francis DO, Schwartz SR, Damask CC, Digoy GP, et al. Clinical Practice Guideline: Hoarseness (Dysphonia) (Update). *Otolaryngol neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol Neck Surg*. 2018 Mar; 158(1_suppl): S1–42.

18.-García J, Reding A, López J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investigación en educación médica 2013; 2(8): 217-224.

19.-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 2011.

20.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Tienen el índice y puntaje de Belafsky valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos, en el periodo enero 2021 a enero 2022?	<p>Objetivos</p> <p>Objetivo general Determinar si el índice y puntaje de Belafsky tienen valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos en el periodo enero del 2021 a enero 2022.</p> <p>Objetivos específicos Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del índice de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo.</p> <p>Determinar el área bajo la curva y el mejor punto de corte del índice de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo</p> <p>Determinar la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo del puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo</p> <p>Determinar el área bajo la curva y el mejor punto de corte del puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo</p>	<p>Alterna: El índice y puntaje de Belafsky tienen valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos.</p> <p>Nula: El índice y puntaje de Belafsky no tienen valor en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos.</p>	<p>VALOR DEL ÍNDICE DE BELAFSKY</p> <p>VALOR DEL PUNTAJE DE BELAFSKY</p> <p>REFLUJO FARINGOLARÍNCEO</p>	<p>Según la intervención del investigador: <input type="checkbox"/> Observacional: el investigador recolecta datos para posterior describirlos y poder analizarlos.</p> <p>Según la planificación de toma de datos: <input type="checkbox"/> Analítico: La información será comparada entre los grupos de estudio.</p> <p><input type="checkbox"/> Transversal: La variable será medida en una sola oportunidad.</p>

2. FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

VALOR DEL ÍNDICE Y PUNTAJE DE BELAFSKY EN EL DIAGNÓSTICO DE REFLUJO FARINGOLARÍNGEO EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL III SUÁREZ ANGAMOS

Fecha..... N°.....

I. DATOS GENERALES:

SEXO: _____

EDAD: _____

DIABETES: Sí () No ()

HIPERTENSION ARTERIAL: Sí () No ()

OBESIDAD: Sí () No ()

II. DATOS DE LA VARIABLE EXPOSICION:

VALOR DEL ÍNDICE DE BELAFSKY: _____

VALOR DEL PUNTAJE DE BELAFSKY: _____

III. DATOS DE LA VARIABLE RESULTADO:

Reflujo faringolaríngeo: Sí () No ()

ANEXO 3: ÍNDICE DE BELAFSKY

¿En el último mes, ha sentido?	Nunca	Rara vez	A veces	Bien común	Casi siempre	Siempre
La voz ha enronquecido	0	1	2	3	4	5
Carraspeo	0	1	2	3	4	5
Flema en garganta	0	1	2	3	4	5
Dificultad para tragar	0	1	2	3	4	5
Tos, después de comer o acostarse	0	1	2	3	4	5
Se atorra con frecuencia	0	1	2	3	4	5
Tos ocasional o en accesos	0	1	2	3	4	5
Sensación de bola o aguja en la garganta	0	1	2	3	4	5
Acidez o vinagreras	0	1	2	3	4	5

ANEXO 4: PUNTAJE DE BELAFSKY

Hallazgo	Puntaje
Edema subglótico (pseudosurco)	0: Ausente, 2: Presente
Obliteración del Ventrículo	0: No hay, 2: Parcial, 3: Completa
Eritema/Hiperemia	0: No hay, 2: Aritenoides, 4: Difuso
Edema de cuerda vocal	0: No hay, 1: Leve, 2: Moderado, 3: Difuso, 4: Polipoideo
Edema laríngeo difuso	0: No hay, 1: Leve, 2: Moderado, 3: Difuso, 4: Obstructivo
Hipertrofia de comisura posterior	0: No hay, 1: Leve, 2: Moderado, 3: Difuso, 4: Obstructivo
Granuloma/Tejido de granulación	0: Ausente, 2: Presente
Moco espeso endolaríngeo	0: Ausente, 2: Presente

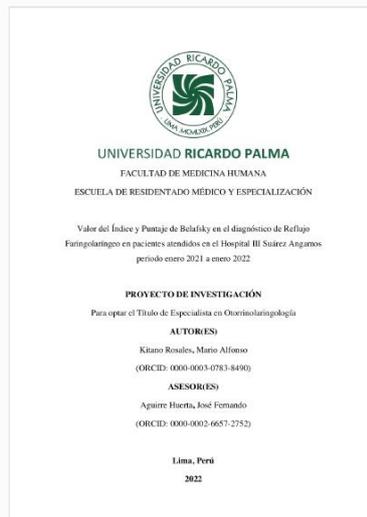


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Mario Alfonso Kitano Rosales
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado
Título de la entrega: Valor del Índice y Puntaje de Belafsky en el diagnóstico de R...
Nombre del archivo: KITANO_ROSALES.docx
Tamaño del archivo: 186.32K
Total páginas: 25
Total de palabras: 4,319
Total de caracteres: 24,434
Fecha de entrega: 02-nov.-2022 09:11a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre... 1942418863



Valor del Índice y Puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos periodo enero 2021 a enero 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

11%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	revistametrociencia.com.ec Fuente de Internet	4%
2	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
5	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	www.reeme.arizona.edu Fuente de Internet	1%
8	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%



Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo

Valor del Índice y Puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos periodo enero 2021 a enero 2022

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19

Valor del Índice y Puntaje de Belafsky en el diagnóstico de Reflujo Faringolaríngeo en pacientes atendidos en el Hospital III Suárez Angamos periodo enero 2021 a enero 2022

INFORME DE GRADEMARK

NOTA FINAL

/0

COMENTARIOS GENERALES

Instructor

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16

PÁGINA 17

PÁGINA 18

PÁGINA 19