

# Reflujo Gastroesofágico

## – diagnóstico y tratamiento inicial en el primer nivel de atención–

Dr. Guillermo Agüero

Diplomado en Gastroenterología y Endoscopia. Facultad de Medicina Xavier Bichat - París  
 Profesor Titular de Clínica Médica. Jefe de Cátedra de la Facultad de Medicina.  
 Universidad Nacional de Asunción. Paraguay.



**Resumen:** El reflujo gastroesofágico crónico genera la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico, con sintomatología local, síntomas respiratorios asociados y lesiones esofágicas potencialmente graves.

El Clínico de primer nivel de atención debe mantener un adecuado nivel de sospecha clínica, apoyado en instrumentos como el Test GERDq debe ser capaz de realizar el diagnóstico y tratamiento inicial adecuado, siendo asistido por el Gastroenterólogo para la evaluación de complicaciones y casos refractarios.

El tratamiento del reflujo y la ERGE incluye una terapia farmacológica adecuada centrada en los inhibidores de la bomba de protones y antiácidos, junto a medidas higiénico-dietéticas.

Es preciso detectar precozmente signos de alarma o casos refractarios al tratamiento inicial, para indicar un estudio endoscópico a efectos de descartar la presencia de un Esófago de Barrett, potencial precursor del adenocarcinoma de esófago.

**Abstract:** Chronic gastroesophageal reflux generates Gastroesophageal Reflux Disease with local symptoms, associated respiratory symptoms and potentially severe esophageal lesions.

The general practitioner in primary care must maintain an adequate level of clinical suspicion, supported by instruments such as the GERDq Test must be able to perform diagnosis and initial appropriate treatment, assisted by the gastroenterologist for evaluation of complications and refractory cases.

Treatment of reflux and GERD includes an adequate drug therapy focused on proton-pump inhibitor and antacid, with hygiene and dietary measures.

It should detect early warning signs or refractory cases at initial treatment to indicate an endoscopic study in order to rule out the presence of Barrett's esophagus, a potential precursor of esophageal adenocarcinoma.

**Palabras clave:** reflujo gastroesofágico, ERGE, test GERDq, endoscopia.

**Keywords:** gastroesophageal reflux, GERD, GERDq test, endoscopy.

### Frecuencia y sospecha clínica

Un porcentaje significativo de las consultas en Medicina General y Medicina Familiar, cercano al 5% en diferentes medios, están asociadas a síntomas vinculados con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

En EE.UU. se estima que el 20% de la población experimenta síntomas vinculados a la enfermedad por reflujo gastroesofágico al menos una vez a la semana y un 40% una vez por mes. Entre un 10 y 20% de la población es portadora de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE).

Esta elevada incidencia hace necesario que el clínico general que actúa en el primer nivel de atención:

- actúe con un adecuado conocimiento de esta patología y alto nivel de sospecha clínica
- pueda acceder a instrumentos de diagnóstico presuntivo para establecer el tratamiento inicial en forma oportuna y adecuada.

E-mail: guillermoaguero52@hotmail.com

La labor del Clínico de primer nivel debe ser complementada en una segunda instancia y en particular frente a algunos casos clínicos bien definidos, mediante la interconsulta al Gastroenterólogo que confirmará el diagnóstico, descartará diagnósticos diferenciales y planteará el tratamiento definitivo. No obstante, para numerosas comunidades donde la consulta especializada no es fácilmente accesible, el conocimiento y la capacidad resolutoria del Clínico general son críticos para resolver esta patología.

La **enfermedad por reflujo gastroesofágico** (ERGE) genera perturbaciones locales, interfiere con la alimentación e impacta negativamente en la calidad de vida, por lo que requiere tratamiento activo, energético y eficaz. La ERGE se origina en la existencia de **reflujo crónico** de contenido gástrico al esófago, lo que produce inflamación y alteraciones de la mucosa, con manifestaciones locales y extraesofágicas.

### Reflujo gastroesofágico y ERGE

El **reflujo gastroesofágico** se define como el ascenso de contenido gástrico al esófago. Si bien un cierto grado

de reflujo es habitual luego de la alimentación, se habla de **enfermedad por reflujo gastroesofágico** cuando este genera **lesiones, complicaciones o síntomas** de intensidad moderada a severa en frecuencia o intensidad (*más de dos veces por semana*).

La fisiopatología del reflujo está relacionada con la **incompetencia del esfínter esofágico inferior**, facilitada por la **obesidad** y el **aumento de la presión intraabdominal**.

La incompetencia del esfínter puede ser debida a una baja presión de reposo –inferior a los 8 mm Hg–, una posición alta anómala del esfínter, ubicado a nivel intratorácico, o a una limitada extensión –menor de 2 cm–.

La presión del esfínter puede ser disminuida por algunos **alimentos** como el **alcohol, chocolate, grasas, menta y tabaco**, al igual que ciertos **fármacos** de uso habitual, como los **calcioantagonistas, benzodiazepinas, corticoides y anticolinérgicos**.

El reflujo es además **favorecido** por la presencia de una hernia hiatal, obesidad, hipersecreción gástrica o por el enlentecimiento del vaciado gástrico.

### Complicaciones de la ERGE

Las **complicaciones** del reflujo dependen del volumen y del tiempo durante el que permanece el contenido gástrico en contacto con la mucosa. Originalmente se altera la mucosa del esófago produciéndose heridas superficiales o **esofagitis erosiva**. La continuación del efecto puede generar lesiones más profundas, formando las denominadas **úlceras esofágicas**, que pueden **sangrar** o generar una alteración inflamatoria crónica, originando un estrechamiento del calibre o **estenosis** del esófago.

El tejido esofágico expuesto al ácido estomacal puede sufrir modificaciones en la zona de contacto con el mismo. La transformación del epitelio escamoso del esófago, experimentando **metaplasia intestinal**, es conocida como esófago de Barrett, lesión precursora del adenocarcinoma de esófago.

### Sintomatología clínica

Los síntomas de la ERGE pueden ser **debidos al reflujo en sí mismo**, como la regurgitación y las náuseas, o a la existencia de **lesiones en el esófago**, como es el caso de la epigastralgia y la pirosis, o incluso a alteraciones de la **vía aérea** provocadas por el reflujo.

Los síntomas locales principales del reflujo son la **pirosis y la regurgitación**, que se originan en lesiones locales del esófago. Es característico el aumento de la sintomatología luego de la ingesta de alimentos y su alivio con alimentos alcalinos o antiácidos. El ácido del esófago distal desencadena la estimulación de los quimiorreceptores localizados en el esófago inferior y los localizados en la laringe, provocando **reflejos vagales** que generan náuseas, espasmo laríngeo y tos irritativa.

La intensidad de los síntomas generalmente no se relaciona de forma directa con la severidad de las lesiones que puedan aparecer en el esófago.

### Imagen endoscópica de Esófago de Barrett

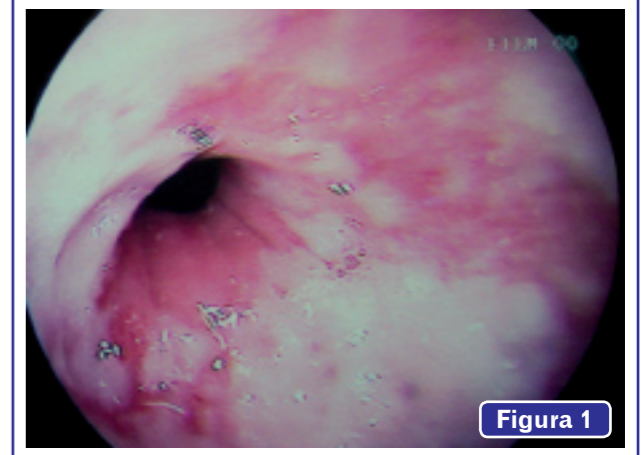


Figura 1

La **disfagia** intermitente, –dificultad para la deglución de sólidos y líquidos–, es característica de la enfermedad. Cuando se hace progresiva para sólidos, constituye uno de los **síntomas de alarma** que deben ser evaluados a efectos de descartar una causa orgánica que puede corresponder a **estenosis o cáncer de esófago**.

Dentro de los síntomas extraesofágicos, se destacan las **alteraciones de la vía aérea** que son consecuencia del reflujo reiterado que provoca **microaspiración del contenido gástrico**.

### Sintomatología respiratoria y ORL

Dentro de los síntomas extraesofágicos de la ERGE, la **laringitis por reflujo** es la más habitual, acompañada de disfonía y tos crónica como síntomas frecuentes.

La microaspiración reiterada del contenido esofágico puede generar como se señaló, **lesiones laríngeas** (disfonía, laringitis, estenosis subglótica, etc.), **asma, tos crónica, sinusitis y neumonía**.

El síntoma principal es la **disfonía**, presente en más del 90% de los pacientes, bajo forma de **disfonía intermitente** y de aparición matutina. **Tos, espasmo laríngeo y carraspeo crónico**, son otros síntomas habituales.

La **laringitis posterior** se debe a la inflamación de esta zona anatómica, que comprende a los cartílagos aritenoides con sus procesos vocales, la porción más posterior de las cuerdas vocales y el tejido epitelial y conectivo que conforma la comisura posterior.

### Diagnóstico

El diagnóstico **clínico** de ERGE a partir de la presencia de los síntomas esofágicos y extraesofágicos referidos, puede ser considerado suficiente ante un cuadro típico, sin síntomas de alarma.

Adicionalmente al diagnóstico clínico, el uso de **Cuestionarios Clínicos Sistematizados** y la **Prueba Terapéutica con Inhibidores de la Bomba de Protones**, son auxiliares

para el diagnóstico y tratamiento inicial en el primer nivel de atención.

Se han desarrollado numerosos cuestionarios para evaluación sistematizada de síntomas en el reflujo gastroesofágico. Dentro de ellos, el **Test GERDq** (*Gastroesophageal reflux questionnaire*) ha sido confirmado como un importante auxiliar para el clínico general que actúa en el primer nivel de atención, de acuerdo a varios estudios publicados.

La respuesta al tratamiento farmacológico con inhibidores de la secreción gástrica se considera una *prueba diagnóstica válida* para reflujo gastroesofágico, así como para los síntomas extraesofágicos.

Sin perjuicio de lo anterior, la presencia de *signos de alarma o el contexto general del paciente* (p.e. *repercusión general, anorexia*) que orienten a una patología orgánica, constituyen indicación de estudio endoscópico desde el inicio.

### El test GERDq

El Test GERDq consiste en un cuestionario que evalúa seis síntomas de ERGE y que puede ser aplicado por el Médico General o de Familia, en el marco de la consulta de su paciente.

Se trata de un cuestionario sistematizado de evaluación clínica fácil de usar y bien documentado que constituye un instrumento de apoyo a los profesionales de la salud del primer nivel de atención para el diagnóstico oportuno y tratamiento inicial de la ERGE.

El Test GerdQ tiene tres usos potenciales en la práctica clínica:

- para diagnosticar la enfermedad por reflujo con una precisión comparable a la de la evaluación por endoscopia o pHmetría, aunque no sustituye a dichos métodos,
- evaluar el impacto relativo de la enfermedad en la vida de los pacientes, ayudando en la elección del tratamiento;
- para medir la respuesta al tratamiento en el tiempo.

En distintos estudios publicados, el test ha mostrado un valor predictivo positivo de 79%, con sensibilidad de 67% y especificidad de 73% (*Ver Cuadro 1*).

Otros estudios han encontrado una correlación positiva con los estudios de pHmetría e impedancia esofágica, por lo que el cuestionario GERDq se considera actualmente un instrumento útil para el diagnóstico y tratamiento inicial del ERGE, con una buena correlación que las evaluaciones de exposición al ácido y medición del pH esofágico.

El test consta de 6 preguntas, puntuándose las respuestas con valores numéricos de 0 a 3, según la frecuencia con que los síntomas estén presentes a lo largo de una semana, catalogándolos como *"nunca", en 1 día, de 2 a 3 días y de 4 a 7 días*.

No se plantea en principio el diagnóstico de ERGE si la sumatoria de las respuestas 1 a 6 es menor a 8.

Cuadro 1

Preguntas del Test GerdQ	
<b>Frecuencia de síntomas en la semana previa a la consulta. Puntuación de acuerdo a la frecuencia de los síntomas.</b>	
<b>1</b>	En la última semana, ¿cuántas veces ha tenido sensación de quemazón o ardor en el pecho que le ha subido a la garganta?
<b>2</b>	En la última semana, ¿cuántos días ha notado que el contenido del estómago (alimentos y/o líquidos) le ha subido a la garganta o la boca?
<b>3</b>	En la última semana, ¿cuántos días ha sentido dolor en la boca del estómago?
<b>4</b>	En la última semana, ¿cuántos días ha tenido náuseas o ganas de vomitar?
<b>5</b>	En la última semana, ¿cuántas noches ha dormido mal por tener ardores de pecho o por notar que el contenido del estómago le subía a la garganta o a la boca?
<b>6</b>	En la última semana, ¿cuántos días ha tomado alguna otra medicación, aparte de la que le recetó el médico, por tener ardor o por notar que el contenido del estómago le sube a la boca?

Puntuación de las preguntas del Test GerdQ				
Pregunta	Nunca	1 día	2-3 días	4-7 días
<b>1</b>	0	1	2	3
<b>2</b>	0	1	2	3
<b>3</b>	3	2	1	0
<b>4</b>	3	2	1	0
<b>5</b>	0	1	2	3
<b>6</b>	0	1	2	3

**Puntuación de síntomas:** preguntas 1, 2, 3 y 4.  
**Puntuación de impacto:** preguntas 5 y 6.

Interpretación de resultados	
1+2+3+4+5+6 <8	El Test no sugiere ERGE
1+2+3+4+5+6 >8 5+6 <3	Diagnóstico de ERGE
1+2+3+4+5+6 >8 5+6 >2	Diagnóstico de ERGE severo

Por el contrario, se plantea diagnóstico presuntivo de ERGE si la suma de las respuestas 1 a 6 es mayor a 8 y la suma de las respuestas 5 y 6 es menor de 3.

Cuando la suma de las respuestas 5 y 6 es mayor de 3 (siendo como en el caso anterior la suma de las respuestas 1 a 6 mayor de 8), se plantea el diagnóstico de ERGE severa.

Las preguntas formuladas y las puntuaciones se detallan en el Cuadro 1.

### Confirmación endoscópica, pHmetría y manometría

Debe realizarse la **confirmación por endoscopia** en todos los casos en que no hay buena respuesta de la ERGE al tratamiento médico o ante la presencia de **síntomas de alarma: disfagia, hemorragia digestiva, anemia, adelgazamiento, vómitos persistentes**.

El estudio endoscópico permite, además de confirmar el diagnóstico, investigar la presencia de *esofagitis, valorar su gravedad y la presencia de complicaciones*.

Se diagnostica esofagitis por reflujo cuando en la endoscopia se observa falta de continuidad en la mucosa esofágica a nivel de la unión esofagogástrica o por encima de la misma.

En caso de constatare lesiones las displásicas características del *esófago de Barrett* se indican biopsias escalonadas para la detección de su evolución de displasia leve a grave y sobre todo al adenocarcinoma, programándose su seguimiento con endoscopia.

Dado que una endoscopia normal no descarta la presencia de ERGE, pueden indicarse estudios más específicos como la **pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas**.

La pHmetría esofágica de 24 h utiliza 2 sensores de pH y permite detectar la exposición ácida tanto en el esófago distal (5 cm por encima del EEI) como en el proximal (20 cm por encima del EEI).

La **manometría esofágica** permite evaluar la funcionalidad del esfínter esofágico inferior y la capacidad de propulsión del esófago.

La **impedanciometría** mide los cambios en la conductividad eléctrica dentro de la luz esofágica a través de una sonda *—puede ser la misma utilizada para la pH-metría y manometría—*. Los valores varían según el contenido sea bolo, gas o líquido. También permite diferenciar reflujo ácido de reflujo alcalino, como pepsina y ácidos biliares, lo que tiene relevancia en el tratamiento.

Asociada a la manometría, la impedanciometría permite conocer la progresión del bolo en pacientes con alteraciones manométricas o pacientes con disfagia no obstructiva que tienen manometría normal o inespecífica.

En conjunto con la pH-metría, es útil para el estudio de casos de reflujo con mala respuesta al tratamiento, en pacientes con aclorhidria, con síntomas extraesofágicos o atípicos de reflujo.

### Tratamiento

El objetivo del tratamiento del reflujo y la ERGE es lograr la remisión de los síntomas, disminuir la exposición del esófago a la acidez del contenido gástrico y evitar las complicaciones.

El tratamiento inicial es farmacológico y debe ser encajado en forma enérgica y efectiva, acompañándolo de

## La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

### Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: [www.farmanuario.com](http://www.farmanuario.com)  
[tendencias@farmanuario.com](mailto:tendencias@farmanuario.com)

tratamiento higiénico-dietético, aconsejando cambios de hábitos de alimentación y de dieta.

Ante casos severos o refractarios, o en presencia de algunas de las complicaciones, puede considerarse la cirugía.

### Tratamiento farmacológico

Con el objetivo de mejorar los síntomas del reflujo y el ERGE se debe indicar un **tratamiento antiácido integral, energético y efectivo**, combinando:

- antiácidos,
- procinéticos e
- inhibidores de la secreción gástrica,

Se debe asegurar la disminución de la acidez del contenido gástrico y mejorar la evacuación del esófago.

Los fármacos centrales en el tratamiento del reflujo son los inhibidores de la secreción gástrica, dentro de los cuales son de primera elección los **inhibidores de la bomba de protones (IBP)**, fármacos que han demostrado mayor efectividad en el tratamiento de la pirosis. Actúan inhibiendo la secreción ácida gástrica de forma prolongada y en consecuencia la exposición del esófago al ácido. El grupo comprende al *omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol y rabeprazol*.

Los **antiácidos o alcalinizantes** son útiles como tratamiento único cuando los síntomas son leves o para alteraciones puntuales. En particular el **sucralfato** ocupa un lugar des-

tacado como recurso terapéutico por su efecto neutralizante del ácido, acompañado de acción demulcente, debido a la formación de una capa protectora local de la mucosa.

Los **procinéticos** y antieméticos, como *domperidona, cinitapride y metoclopramida* se indican fundamentalmente como tratamiento de la regurgitación, pudiendo prescribirse en asociación con los IBP.

El tratamiento habitual utiliza la estrategia descendente, iniciando el mismo en forma energética, con IBP a dosis plenas (*p.e. omeprazol 20 mg c/12 h*) durante 4 semanas hasta lograr la remisión de los síntomas, pasando luego a dosis de mantenimiento.

Ante la no remisión puede considerarse volver a aumentar las dosis, y ante una nueva no remisión se debe indicar la realización de **endoscopia esofágica**, aún en ausencia de síntomas de alarma.

### Tratamiento quirúrgico

El tratamiento médico del reflujo gastroesofágico tiene como limitante la necesidad de ser permanente, presenta una recurrencia de 82% a los 6 meses de suspendido y cifras de persistencia o progresión de la enfermedad de 75% a los 10 años.

El tratamiento quirúrgico logra un excelente control de los síntomas. El avance reciente de la cirugía laparoscópica ha permitido extender las indicaciones de la cirugía anti-reflujo.

El tratamiento quirúrgico se considera cuando no se logra un buen control de la ERGE con fármacos, en particular en pacientes jóvenes sin factores de riesgo asociado.

Son recomendaciones de tratamiento quirúrgico anti-reflujo por vía laparoscópica:

- pacientes que no responden a tratamiento médico, o que responden bien pero recaen precozmente al suspender el tratamiento médico.
- pacientes que requieren aumento de su dosis o evidencian progresión de la enfermedad.
- pacientes jóvenes con ERGE crónico que necesitan terapia médica a permanencia
- complicaciones del reflujo: esófago de Barrett, úlcera, estenosis, enfermedad respiratoria, esofagitis grado I-II con esfínter gastroesofágico incompetente y test de reflujo (+), hernia hiatal verdadera.
- síntomas extraesofágicos secundarios a ERGE.

### Conclusiones

El reflujo gastroesofágico crónico determina la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que genera síntomas

locales, lesiones esofágicas y síntomas respiratorios asociados.

El Médico General y Médico de Familia, apoyado en instrumentos como el Test GERDq, deben mantener un adecuado nivel de sospecha clínica, realizar el diagnóstico inicial y un tratamiento adecuado de primera línea.

El tratamiento del reflujo y la ERGE incluye una terapia farmacológica rápida y efectiva centrada en los IBP y alcalinizantes, acompañado de medidas higiénico-dietéticas.

Es preciso detectar precozmente signos de alarma o casos refractarios al tratamiento inicial, para indicar un estudio endoscópico a efectos de descartar la presencia de un Esófago de Barrett, potencial precursor del adenocarcinoma de esófago.

La cirugía anti-reflujo por vía laparoscópica, es el tratamiento alternativo en casos refractarios o recurrentes a la terapia farmacológica, siendo de elección en el esófago de Barrett.

Recibido: 20/06/2016

Aprobado: 22/07/2016

### Bibliografía

- Zhou LY1, Wang Y, Lu JJ, Lin L, Cui RL, Zhang HJ, Xue Y, Ding SG, Lin SR., Accuracy of diagnosing gastroesophageal reflux disease by GerdQ, esophageal impedance monitoring and histology. *J Dig Dis.* 2014 May;15(5):230-8. doi: 10.1111/1751-2980.12135.
- Della Casa D1, Missale G, Cestari R. [GerdQ: tool for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease in primary care]. *Recenti Prog Med.* 2010 Mar;101(3):115-7.
- Jones R1, Junghard O, Dent J, Vakil N, Halling K, Wernersson B, Lind T. Development of the GerdQ, a tool for the diagnosis and management of gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Nov 15;30(10):1030-8. doi: 10.1111/j.1365-2036.2009.04142.x. Epub 2009 Sep 8
- Jonasson C1, Wernersson B, Hoff DA, Hatlebakk JG. Validation of the GerdQ questionnaire for the diagnosis of gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013 Mar;37(5):564-72. doi: 10.1111/apt.12204. Epub 2013 Jan 7.
- Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005; 54: 710-7.
- Dent J, Vakil N, Jones R, et al. Validation of the reflux disease questionnaire for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in primary care. *Gut* 2007; 56(Suppl111): 328. Abs OP-G-328.
- Shaw M, Dent J, Beebe T, et al. The Reflux Disease Questionnaire: a measure for treatment response in clinical trials. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 6: 31.
- Revicki D, Wood M, Wiklund I, Crawley J. Reliability and validity of the Gastrointestinal Symptom Rating Scale in patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Qual Life Res* 1998; 7: 75-83.
- Pandolfino JE, Richter JE, Ours T, Guardino JM, Chapman J, Kahrilas PJ. Ambulatory esophageal pH monitoring using a wireless system. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 740-9.
- American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on the use of esophageal pH recording. *Gastroenterology* 1996; 110: 1981.
- Talley NJ, Vakil N, Lauritsen K, et al. STARS I study group. Randomized controlled trial of esomeprazole in fractional dyspepsia patients with epigastric pain or burning: does a 1-week trial of acid suppression predict symptom response? *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 26: 673-82.
- Vakil N, Dent J, Jones R, et al. The accuracy and predictors of a clinical diagnosis of GERD by family practitioners and gastroenterologists. *Gastroenterology* 2008; 134(Suppl 1): A598.
- Junghard O, Carlsson R, Lind T. Sufficient control of heartburn in endoscopy - negative GORD trials. *Scand J Gast* 2003; 38:1197-9.
- Shaw MJ, Talley NJ, Beebe TJ, et al. Initial validation of a diagnostic questionnaire for gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 269-75.
- Seifert B, Rubin G, de Wit N, et al. The management of common gastrointestinal disorders in general practice. *Dig Liver Dis* 2008; 40: 659-66.
- Forgacs I, Loganayagam A. Over-prescribing proton pump inhibitors. *Brit Med J* 2008; 336: 2-3. doi: 10.1136/bmj.39409.449456.BE
- North of England Dyspepsia Guideline Development Group. Dyspepsia: managing dyspepsia in adults in primary care. NICE guidelines. August 2004. <http://guidance.nice.org.uk/CG17>
- Flook NW, Wiklund I. Accounting for the effect of GERD symptoms on patients' Alimnt Pharmacol Ther 30, 1030-1038<sup>a</sup> 2009 Blackwell Publishing Ltd
- J, Ofman JJ. The burden of illness of gastro-oesophageal reflux diseases: impact on work productivity. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 1309-17.
- Rentz AM, Kahrilas P, Stanghellini V, et al. Development and psychometric evaluation of the patient assessment of upper gastrointestinal symptom severity index PAGES in patients with upper gastrointestinal disorders. *Qual Life Res* 2004; 13: 1737-49.
- Wong WM, Lam KF, Lai KC, et al. A validated symptoms questionnaire (Chinese GERDQ) for the diagnosis of gastroesophageal reflux disease in the Chinese population. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 1407-13.
- Jones R, Ballard K. Healthcare seeking in gastro-oesophageal reflux disease: a qualitative study. *Eur J Gastro Hepatol* 2008; 20: 269-75.

## La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud

- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales

### Secciones

- Puestas al día
- Opinión de experto
- Estudios clínicos
- Encares terapéuticos
- Actualizaciones diagnósticas
- Actualidad terapéutica

Contáctenos: [www.farmanuario.com](http://www.farmanuario.com)  
[tendencias@farmanuario.com](mailto:tendencias@farmanuario.com)