

Recibido: 8 de septiembre de 2006
 Versión definitiva: 23 de noviembre de 2006
 Aceptado: 28 de noviembre de 2006

Frecuencia de síntomas de ERGE en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar

RESUMEN

Objetivos: determinar, mediante un instrumento clínico, la prevalencia de síntomas de ERGE en el adulto mayor que acude a consulta en primer nivel de atención médica y proponer su utilización.

Material y métodos: en una unidad de medicina familiar, en la ciudad de México, en agosto-septiembre de 2003 con un diseño prospectivo, transversal analítico, con selección aleatoria, se incluyeron pacientes de 60 o más años de edad, uno y otro sexo, sin deterioro cognitivo medido a través del cuestionario corto portátil de Folstein ajustado. Se excluyeron los pacientes que no aceptaron participar, aquéllos con expediente no localizable, ilegible o sin nota médica. A los pacientes seleccionados se les aplicó un cuestionario estructurado para evaluar las características sociodemográficas y el cuestionario de Carlsson-Dent. La información sobre diagnósticos, prescripción de fármacos y medidas farmacológicas y no farmacológicas de protección gastroesofágica se registró de acuerdo a la información expresada por el médico a través del expediente clínico y la receta.

Resultados: se aplicó el cuestionario de Carlsson-Dent a 400 adultos mayores. La prevalencia de síntomas de ERGE fue de 25 %, IC 95 % = 21-29. El promedio de edad de los pacientes con y sin síntomas de ERGE fue 68 ± 7 y 70 ± 7 años respectivamente ($p = 0.02$). El sexo femenino fue significativamente más frecuente en los pacientes con ERGE ($p = 0.001$). El diagnóstico de ERGE no se consignó en ningún expediente. Se prescribió tratamiento con antiácidos, inhibidores H₂ y procinéticos a 39 %, IC 95 % 34-44 de los pacientes con ERGE y a 18 %, IC 95 % 15-21 de los pacientes sin ERGE. Conclusiones: el adulto mayor que acude a consulta en primer nivel de atención médica con frecuencia presenta síntomas de ERGE. No se efectúa el diagnóstico preciso ni el seguimiento adecuado. El cuestionario de Carlsson-Dent es una alternativa para facilitar la identificación de estos pacientes.

SUMMARY

Objectives: To ascertain the prevalence of gastroesophageal reflux disease (GERD) in elderly people attending to family medicine clinics.

Material and methods: the study was conducted by using a prospective design in which participants were randomly selected from a family medicine clinic located in Mexico City. The study was run from August to September 2003, and included patients aged sixty years or older, regardless of gender. They should not have cognitive damage, which was ascertained by the Folstein Mini Mental State Examination. Those patients that did not accept to participate and those having incomplete or illegible medical records were excluded. The socio-demographic characteristics test and Carlsson-Dent test were applied. The information about diagnosis, drugs prescriptions, and pharmacological and no pharmacological gastroesophageal protection was obtained from the medical charts and prescriptions.

Results: 400 elderly patients were evaluated by using the Carlsson-Dent test. GERD prevalence was 25% (IC 95 % 21-29) the average age of patients with and without GERD was 68 ± 7 years and 70 ± 7 years respectively ($p = .002$). Women suffered GERD more frequently than men ($p = 0.001$). GERD diagnosis was not found in any of the reviewed medical charts. Antacids, histamine-2 receptor antagonists (H2 As) and were prescribed in 39% (IC 95 % 34-44) of patients with GERD and in 18% (IC 95 % 15-21) without GERD.

Conclusions: Elderly patients attending to primary care facilities often have GERD symptoms, but they are not properly diagnosed or followed up. The Carlsson-Dent questionnaire is an alternative to identify GERD patients.

María Luisa Peralta-Pedrero,¹
 Alma Luisa Lagunes-Espinosa,²
 Agles Cruz-Avelar,³
 Teresa Juárez-Cedillo,¹
 Raymundo Rodríguez-Moctezuma,⁴
 Juan Manuel López-Carmona,⁵
 Catarina Munguía-Miranda⁶

¹Centro Médico Nacional Siglo XXI (CMNSXXI), Coordinación de Investigación en Salud

²Unidad de Medicina Familiar 52

³Subdivisión de Especializaciones Médicas, Universidad Nacional Autónoma de México

⁴Unidad de Investigación, Hospital General Regional 72

⁵Unidad de Medicina Familiar 91 Coacalco

⁶Coordinadora de Investigación en Salud, Delegación Estado de México Oriente

Autores 1, 2, 4, 5 y 6, Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:

María Luisa

Peralta-Pedrero.

Tel. y fax:

(55) 5775 7784 y 5776 0963

Correo electrónico:

maria.peralta@imss.gob.mx

Palabras clave

- ✓ adulto mayor
- ✓ enfermedad por reflujo
- ✓ gastroesofágico
- ✓ cuestionario de Carlsson-Dent

Key words

- ✓ elderly patients
- ✓ gastroesophageal reflux
- ✓ Carlsson-Dent test

Introducción

El grupo mexicano para el estudio de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), de la Asociación Mexicana de Gastroenterología, efectuó en el año 2002 un consenso de expertos, en el cual se puso de manifiesto que, aunque en México se desconoce la prevalencia exacta de la ERGE, es probable que sea un padecimiento frecuente, subdiagnosticado y sujeto a la automedicación, y que es indispensable crear conciencia sobre la importancia de esta enfermedad en la comunidad médica.¹

La Asamblea Mundial sobre Envejecimiento define como adultos mayores a las personas de 60 años o más. En el mundo existen 500 millones de adultos mayores y se prevé que en los próximos 20 años aumentarán a 1000 millones. En México, en el año 2000, la población de 60 años o más ascendió a 6 millones 900 mil personas, lo que equivale a 7.1 % de la población total del país.^{2,3}

El envejecimiento ocasiona cambios orofaringeos, esofágicos y estomacales que causan incremento en el riesgo de enfermedades esofágicas y gastrointestinales.⁴ Estudios específicos han encontrado que la ERGE es más frecuente en ancianos y generalmente tiene largo tiempo de evolución, lo cual explica que los pacientes ancianos presenten con más frecuencia esofagitis erosiva grave, estenosis esofágica y lesiones premalignas. Se ha observado que 81 % de pacientes de 60 años o más con ERGE desarrollan esofagitis erosiva y de los menores de esta edad sólo la desarrollan 47 %; el esófago de Barrett es dos veces más frecuente en pacientes ancianos en comparación con menores de 60 años.^{5,6}

Así pues, los adultos mayores tienen tendencia a presentar más frecuentemente infección por *Helicobacter pylori*, enfermedades crónico-degenerativas, tabaquismo, polifarmacia y utilización frecuente y por tiempo prolongado de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), lo que los hace susceptibles a padecer con más frecuencia y gravedad la ERGE.⁷

En nuestro país, 24 % de adultos mayores utilizan cotidianamente, en forma simultánea, tres medicamentos en promedio, entre los que destacan, por su uso más frecuente, los hipoglucemiantes, antihipertensivos y analgésicos, los cuales pueden favorecer la presentación o

complicación de la ERGE. En efecto, la toma de AINEs se ha asociado con la aparición de estenosis esofágicas y en el caso del ácido acetilsalicílico, utilizado como protección cardiovascular, influye en una mayor resistencia al tratamiento de la esofagitis, así como en facilitar las recaídas de estos enfermos.^{8,9}

Además del impacto económico, la ERGE también afecta la calidad de vida, porque en muchos pacientes la pirosis interfiere con el sueño. Un estudio mostró en pacientes con ERGE menos bienestar que los que tenían diabetes e hipertensión.¹⁰

El tratamiento de primer contacto debe comenzar con medidas higiénico-dietéticas; se deben evitar alimentos estimulantes de la secreción gástrica como el chile, bebidas con alcohol o con gas, café, especias y alimentos con alto contenido de grasas, así como el tipo de alimentos que desencadenan los síntomas en cada paciente. Se recomienda no acostarse inmediatamente después de ingerir alimentos. La cena, en especial, no debe ser muy tarde ni abundante; hay que evitar el tabaco, disminución ponderal de peso en pacientes obesos o con sobrepeso y no usar ropa ajustada. Levantar la cabecera de la cama alrededor de 20 cm puede ser benéfico; sin embargo, es aconsejable que estas medidas no empeoren la calidad de vida. Se debe aconsejar también que cualquier fármaco lo tomen sentados o de pie, que ingieran una gran cantidad de agua con ellos y que no se acuesten de inmediato.¹¹

El tratamiento farmacológico inicial de la ERGE debe ser con inhibidores de la bomba de protones, lo que se puede considerar como una "prueba terapéutica", incluso sin la realización de una endoscopia previa. Si el paciente no mejora notablemente o presenta síntomas de alarma (disminución ponderal, disfagia, odinofagia, anemia ferropénica o hemorragia digestiva) debe ser valorado por un gastroenterólogo.¹²

Los objetivos de este estudio fueron determinar, mediante valoración clínica, la prevalencia de síntomas de ERGE en el adulto mayor que acude a consulta a una unidad de primer nivel de atención médica; determinar en cuántos de estos pacientes se ha establecido el diagnóstico clínico y referencias a especialidad; describir el tratamiento no farmaco-

lógico y el farmacológico para los síntomas de ERGE que se indica con más frecuencia.

Material y métodos

El estudio se realizó en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, que cuenta con 17 consultorios y tiene 94 505 personas como población adscrita, de las cuales 8632 son adultos mayores, y se citan mensualmente en promedio 12 adultos mayores por consultorio, con un cumplimiento promedio de 10 citas por consultorio.

El estudio se realizó durante el periodo agosto-septiembre de 2003.

Se utilizó un diseño prospectivo, transversal analítico, muestreo aleatorio simple, muestra calculada de 384 pacientes (fórmula para estimar proporciones, prevalencia probable de ERGE de 50 %, nivel de confianza de 95 % y precisión $\pm 5\%$).

Se incluyeron pacientes de 60 o más años de edad, uno y otro sexo, sin deterioro cognitivo medido a través del cuestionario corto portátil de Folstein ajustado (se permite un error más, en pacientes con escolaridad de primaria incompleta o menos).¹³ Se excluyeron los pacientes que no aceptaron participar, aquéllos con expediente no localizable, ilegible o sin nota médica, con antecedentes de cirugía abdominal o del hiato.

A los pacientes seleccionados se les aplicó un cuestionario estructurado para evaluar las características sociodemográficas y el cuestionario de Carlsson-Dent. El punto de corte utilizado para considerar positividad fue mayor o igual a cuatro puntos.¹⁴

La información sobre diagnósticos, prescripción de fármacos y medidas farmacológicas y no farmacológicas de protección gástrica, se registró de acuerdo con los datos expresados por el médico a través del expediente clínico y la receta.

La aplicación de los cuestionarios fue asistida para evitar dificultad al leer, tanto por la escolaridad como por alteraciones visuales que son frecuentes en este grupo de edad.

Se elaboró un listado del 001 al 900 y con los tres últimos dígitos en forma consecutiva y descendente. De una columna de números aleatorios se seleccionaron 400 lugares de la lista

que representaron a los pacientes incluidos con base en el lugar en que fueron registrados en la hoja de control de citas. Al llegar al paciente número 849 ya se tenían 400 entrevistados; entonces se detuvo la captura de pacientes.

Con base en los puntos obtenidos en el cuestionario de Carlsson-Dent se dividieron los pacientes en un grupo con síntomas de ERGE y otro sin síntomas.

Los resultados se manejaron con Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 10)

El Comité de Ética e Investigación correspondiente registró y aprobó esta investigación. Se solicitó consentimiento informado a todos los pacientes participantes. Aquéllos en los cuales se detectó síntomas de ERGE fueron notificados a su médico tratante para su seguimiento.

María Luisa Peralta-Pedrero et al.
Frecuencia de síntomas de ERGE en el adulto mayor

Resultados

De 849 adultos mayores que acudieron a consulta se seleccionaron 400, su escolaridad fue predominantemente primaria completa e incompleta y sólo la cuarta parte aún desarrollaba una actividad remunerada (cuadro I).

La prevalencia de síntomas de ERGE fue de 25 % IC 95 % = 21-29 (101 pacientes

Cuadro I
Características sociodemográficas de adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar

	Adultos mayores n = 400	%
Sexo		
Femenino	222	55
Masculino	178	45
Escolaridad		
Analfabeta	61	15
Primaria incompleta	159	40
Primaria completa	108	27
Secundaria o nivel técnico	51	13
Preparatoria	18	4
Profesional	3	1
Actividad remunerada		
Sí	100	25
No	300	75

fueron positivos al cuestionario de Carlsson-Dent).

De acuerdo con los datos obtenidos se formaron dos grupos: 101 pacientes con síntomas de ERGE y 299 sin síntomas de ERGE. El promedio de edad, comparando estos dos grupos,

no presentó diferencias clínicamente significativas (68 ± 7 y 70 ± 7 años respectivamente; t de Student $p = 0.02$). El sexo femenino fue significativamente más frecuente en los pacientes con ERGE (69 % contra 51 %, $\chi^2, p = 0.001$).

De los diagnósticos anotados en los expedientes la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. En ningún caso se estableció el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (cuadro II).

Se prescribió tratamiento con antiácidos, inhibidores H₂ y procinéticos a 39 % de los pacientes con ERGE y a 18 % sin ERGE; se determinó que esta prescripción es dos veces más probable en pacientes con ERGE que sin ella (OR = 2.9, IC 95 % 1.7-4.7, $\chi^2, p = 0.000$); en ningún caso se indicaron inhibidores de la bomba de protones; en ningún caso se especificaron medidas generales antirreflujo o cambio de estilo de vida (cuadro III).

Se prescribieron AINEs, por sus propiedades analgésicas, con la misma frecuencia en pacientes con y sin ERGE: 82 y 77 %, respectivamente ($\chi^2, p = 0.27$).

Discusión

En la muestra estudiada se observó un predominio discreto del sexo femenino. Sólo una cuarta parte de pacientes refirió contar con actividades laborales remuneradas y la mayoría cursó sólo escolaridad básica. Estos datos son congruentes con los resultados obtenidos por Reyes-Frausto mediante un estudio longitudinal de 5492 adultos mayores adscritos a 12 unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social que reportó discreto predominio de las mujeres. A mayor edad, mayor proporción de adultos mayores con seis o menos años de estudio, alcanzando casi 80 %, y una cuarta parte con labores remuneradas al momento del estudio.¹⁵

La ERGE es una de las causas más frecuentes de consulta en la práctica clínica. Hasta 20 % de las personas que consultan por este motivo presentan complicaciones. Los adultos mayores son un grupo de alto riesgo para presentar este padecimiento; además, en ellos son más frecuentes y graves las complicaciones.¹⁶ Por estos motivos, estudiamos específicamente

Cuadro II
Diagnósticos más frecuentes en adultos mayores que acuden a una unidad de medicina familiar*

Diagnósticos	Adultos mayores n = 400	%
Hipertensión arterial sistémica	268	67
Diabetes mellitus	203	51
Enfermedad articular crónica degenerativa	179	45
Síndrome ácido péptico	44	11
Obesidad	44	11
Infección de vías respiratorias superiores	39	10
Onicomicosis	35	9
Colitis	27	7
Insuficiencia venosa periférica	26	7
Infección de vías urinarias	22	6
Dislipidemias	19	5

*Con frecuencia de 5 % o más.

El médico tratante registró menos de tres diagnósticos en 185 (46 %) pacientes, y tres o más en el resto.

Cuadro III
Frecuencia de prescripción médica de fármacos antiácidos, inhibidores H₂ y procinéticos a los adultos mayores con y sin ERGE

Prescripción farmacológica	ERGE (cuestionario Carlsson-Dent)			
	n = 101	Sí %	No n = 299	%
Ninguna	62	61	245	82
Ranitidina	22	22	40	13
Gel de hidróxido de aluminio y magnesio	3	3	5	2
Metoclopramida	0	0	3	1
Ranitidina y gel de hidróxido de aluminio y magnesio	5	5	3	1
Ranitidina y metoclopramida	7	7	3	1
Gel de hidróxido de aluminio y magnesio y metoclopramida	2	2	0	0

ERGE = enfermedad por reflujo gastroesofágico

este grupo de edad, para promover su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

En el año 2000, el Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada (proyecto compartido por la Asociación Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y el Centro Cochrane Iberoamericano), estableció que el diagnóstico inicial de la ERGE debe ser clínico, que la endoscopia digestiva debe realizarse ante la presencia de síntomas o signos de alarma: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, anemia y melena. La pHmetría está indicada para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento empírico y presentan endoscopia negativa. La pHmetría debe ir precedida de la realización de una endoscopia.^{17,18} Con base en lo anterior, y con la finalidad de proporcionar una herramienta de escrutinio para la ERGE en medicina familiar, en el presente estudio se utilizó una prueba clínica, el cuestionario de Carlsson-Dent, el cual fue propuesto como uno de los métodos diagnósticos por el consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE de la Asociación Mexicana de Gastroenterología.¹ Este cuestionario se encuentra validado en idioma español, se aplica en menos de 10 minutos y no requiere estudios de gabinete ni laboratorio. Es importante considerar que este cuestionario fue diseñado para detectar pacientes con alta probabilidad de tener ERGE y responder al tratamiento médico; es una herramienta de escrutinio, no de diagnóstico.¹⁹

Aunque la ERGE es más frecuente a mayor edad, se sabe que su etiología es multifactorial.⁷ En nuestro estudio encontramos un promedio de edad similar en pacientes con y sin este padecimiento, lo cual se explica tanto por la multicausalidad como por el tipo de muestra estudiada, ya que corresponde a un solo grupo de edad: el adulto mayor.

La prevalencia de ERGE presenta grandes variaciones; así, en el norte de Europa se reporta 38 %, en Italia 9 %, Estados Unidos 42 %; sin embargo, se acepta una prevalencia en general de 10 a 20 % para los países occidentales.²⁰ En México se desconoce con precisión su prevalencia. En nuestro estudio encontramos que una

cuarta parte de los adultos mayores presenta síntomas de ERGE y que al igual que en otros países es más frecuente en el sexo femenino.

Cabe señalar que se confirma la sospecha del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE de la Asociación Mexicana de Gastroenterología en relación a la posible omisión del diagnóstico,¹ ya que en ningún expediente se registró el diagnóstico de ERGE; sin embargo, sí se prescribió con el doble de frecuencia protección gástrica farmacológica a los pacientes que en este estudio resultaron positivos al cuestionario de Carlsson-Dent, en comparación con los que fueron negativos, 39 y 18 %, respectivamente ($OR = 2.9$, IC 95 % 1.7-4.7, $p = 0.000$), lo cual hace suponer que no se piensa en la ERGE del anciano como una entidad diagnóstica y se maneja sólo en forma de síntomas aislados. En ningún caso se indicó cambio de estilo de vida, medidas antirreflujo o envío a gastroenterología.

Los inhibidores de la bomba de protones han demostrado ser eficaces tanto en terapia continua como en el tratamiento de los síntomas de la ERGE en pacientes a los que no se ha realizado endoscopia o ésta es negativa. Estos fármacos son efectivos en el tratamiento de la ERGE, tanto en el tratamiento de los síntomas a corto plazo, en la curación de la esofagitis, cualquiera que sea la gravedad, como en el tratamiento y la prevención de las recurrencias.^{12,18} La cisaprida no se debe considerar en el tratamiento habitual de la ERGE ya que puede desencadenar trastornos del ritmo cardíaco en adultos mayores; sólo debe reservarse para pacientes muy concretos del ámbito hospitalario.²¹ En nuestro estudio, el fármaco que con más frecuencia prescribe el médico de primer contacto es la ranitidina. Esto obedece a que en el primer nivel de atención no está autorizada la prescripción directa de los IBP por el médico familiar; sin embargo, si el paciente es canalizado a segundo nivel y se le prescriben estos fármacos, el médico familiar puede realizar su prescripción subsiguiente. De lo anterior podemos suponer que la omisión del diagnóstico de ERGE en el anciano disminuye la probabilidad de que sea valorado en segundo y tercer nivel para confirmar este diagnóstico, dar tratamiento integral e identificar en forma temprana el esófago de Barrett,

María Luisa Peralta-Pedrero et al.
Frecuencia de síntomas de ERGE en el adulto mayor

por lo cual se deberán implementar acciones que mejoren la atención médica a estos pacientes. Otra consecuencia de no considerar este diagnóstico es la prescripción indiscriminada de fármacos que pueden complicar la ERGE; por ejemplo los AINEs, que figuran entre los fármacos más frecuentemente prescritos al adulto mayor.²² En la presente investigación no podemos pasar por alto que la frecuencia de prescripción de estos medicamentos es similar en pacientes con datos de ERGE que sin ellos ($p = 0.15$) (cuadro III).

En conclusión, en medicina familiar no se cuenta con recursos para realizar el diagnóstico preciso de ERGE; sin embargo, se debe identificar clínicamente a los adultos mayores que probablemente la presenten ya que se ha demostrado que especialmente en este grupo de edad, las complicaciones son más graves si no se tratan oportunamente. El cuestionario de Carlsson-Dent facilita y hace más efectiva la identificación de estos pacientes. Con esta investigación se demuestra que a pesar de que la frecuencia de síntomas de ERGE en el adulto mayor es alta, no se realizan actividades para confirmar el diagnóstico, ni interconsultas a especialidad; también se demuestra que más de la mitad de los casos se encuentra sin tratamiento y que, además, con frecuencia se les prescribe AINEs.

Referencias

1. Uscanga-Domínguez L, Nogueira-de-Rojas JR, Gallardo E, Bernal-Reyes R, González M, Balsteros-Amozurrutia MA. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Resultados del consenso del Grupo Mexicano para el Estudio de la ERGE. Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol Mex 2002;67:216-223.
2. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid, España: ONU; 2002.
3. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: INEGI.
4. Achem AC, Achem SR, Stark ME, Devault K. Failure of esophageal peristalsis in older patients: association with esophageal acid exposure. Am J Gastroenterol 2003;98:35-39.
5. Katz P. Progress in geriatrics. gastroesophageal reflux disease. J Am Geriatr Soc 1998;46:1558-1565.
6. Greenwald DA. Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease. Am J Med 2004; 117:8-13.
7. Pilotto A. Aging and upper gastrointestinal disorders. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004; 18:73-81.
8. Tapia R, Cravioto P, Yáñez CD, De La Rosa B. Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Salud Pública Mex 1996;38:458-465.
9. Arbas E, Garzón R, Suárez A. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. Aten Primaria 1998;22:165-170.
10. Joshua J. The economic and quality-of-life impact of symptomatic gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2003;98:8-14.
11. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease in the older patient: presentation, treatment, and complications. Am J Gastroenterol 2000;95:368-373.
12. Pilotto A, Franceschi M, Paris F. Recent advances in the treatment of GERD in the elderly: focus on proton pump inhibitors. Int J Clin Pract 2005;59:1204-1209.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.
14. Carlsson R, Dent J, Bolling-Sternevald E, Johnsson F, Junghard O, Luritzen K, Riley S, Lundell L. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. Scand J Gastroenterol 1998;33:1023-1029.
15. Reyes-Frausto S. Population ageing in the Mexican Institute of Social Security: health policy and economic implications. México: Fundación Mexicana para la Salud; 2001.
16. Chait M. Complications of gastroesophageal reflux disease in the elderly. Ann Long-Term Care 2005;13:27-32 .
17. Mascort J, Ferrández J, Marzo M. Guías de práctica clínica. Un paso hacia adelante. Aten Primaria 2002;30:195-196.
18. De Vault KR, Castell DO. Updated guidelines for diagnosis and treatment of gastroesophageal disease. Am J Gastroenterol 2005;100:190-200.
19. Gómez-Escudero O, Remes-Troche JM, Ruiz JC, Peláez-Luna M, Schmulson MJ, Valdovinos-Díaz MA. Utilidad diagnóstica del cuestionario de Carlsson-Dent en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Gastroenterol Mex 2004;69(1):16-23.
20. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. Gut 2005;54:710-717.
21. Dent J, Jones R, Kahrilas P, Talley NJ. Management of gastroesophageal reflux disease in general practice. BMJ 2001;322:344-347.
22. Díaz-Rojas F, Morales-Lara JR, Sánchez-Vázquez C. Prescripción de naproxen en el adulto mayor. Rev Med IMSS 2002;40:409-414. **rm**