

Indicaciones y contraindicaciones para EndoStim		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
¿Ha tenido el paciente enfermedad por reflujo gastroesofágico durante al menos 1 año?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado el paciente tomando inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante al menos 1 año?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el paciente al menos 21 años de edad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúe solo si todas las respuestas son **AFIRMATIVAS**

		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
¿Está la paciente embarazada o planea quedar embarazada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene el paciente diabetes (tipo 1 o tipo 2 por >10 años con HbA1c >9.5 en los 6 meses anteriores)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufre el paciente de cardiopatía grave?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continúe solo si todas las respuestas son **NEGATIVAS**

Procedimientos GI superiores previos	
¿Gastrectomía en manga previa? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es AFIRMATIVA: ¿Prueba de ingesta de bario para excluir estenosis gástrica? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Años desde el procedimiento: _____ Porcentaje de pérdida de peso desde el procedimiento: _____
¿Procedimiento esofágico previo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es AFIRMATIVA: Describa _____ No se ha evaluado EndoStim en pacientes con cirugía previa que involucra directamente al esfínter esofágico inferior (es decir, funduplicatura, miotomía esofágica) y el uso del sistema EndoStim en estos pacientes se considera fuera de lo indicado.

Gastroscoopia, si corresponde:	
¿El paciente se ha sometido a una gastroscopía en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es AFIRMATIVA: Tamaño de la hernia hiatal (cm) _____ Grado de esofagitis (clasificación LA) ¿Esófago de Barrett? (Ninguno /corto / largo) _____

Continúe solo si ≤ 5 cm
Continúe solo si la respuesta es Ninguno o Grado A, B, C Continúe solo si la respuesta es Ninguno o Corto

Cuestionario de ERGEQ: Marque una casilla por línea con respecto a la frecuencia de los síntomas del paciente en los últimos siete días con el tratamiento actual.				
¿Tomó el paciente IBP en los últimos siete días? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es AFIRMATIVA, Frecuencia/Dosis:			
	Nunca	1 día	2-3 días	4-7 días
¿Cuántos días tuvo acidez o indigestión?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
¿Con qué frecuencia tuvo regurgitación (líquidos o comida)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
¿Con qué frecuencia tuvo dolor epigástrico?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Con qué frecuencia tuvo náuseas?	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
¿Con qué frecuencia se interrumpió el sueño debido a la acidez, la indigestión o la regurgitación?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
¿Toma otros fármacos además de los que le recetaron (IBP) para la acidez o la regurgitación?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Puntuación total del ERGEQ (agregue cada valor del punto marcado anteriormente): _____				

Escala de ERGEQ: probabilidad de que los síntomas se relacionen con la ERGE verdadera

0

3

8

12

18

ERGE poco probable

50%

Alta probabilidad (>79%) de que los síntomas que continúan se deban a ERGE verdadera

ERGEQ ≥ 8 indica alta probabilidad de que los síntomas del paciente estén causados por ERGE patológica verdadera

Diagnóstico funcional	
Acidimetría a las 24 h: Equipo utilizado: <input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> Prueba de impedancia de pH realizada con/sin IBP: <input type="checkbox"/> Con IBP <input type="checkbox"/> Sin IBP Porcentaje de exposición total al ácido: % _____ Puntuación de DeMeester: _____	Manometría: Equipo utilizado: _____ Describa las anomalías encontradas: _____

Continuar solo si el pH indica reflujo patológico

Continuar solo si la manometría excluye anomalía esofágica

Información general	
Satisfacción del paciente con el tratamiento actual en una escala de 1 a 5 (1 = sumamente insatisfecho, 5 = sumamente satisfecho) _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Quejas principales: <input type="checkbox"/> Síntomas que continúan <input type="checkbox"/> Efectos secundarios de IBP <input type="checkbox"/> Preocupación por el uso de fármacos a largo plazo <input type="checkbox"/> No le gusta tomar fármacos todos los días <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Dónde supo el paciente por primera vez sobre EndoStim? <input type="checkbox"/> Clínica quirúrgica <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Derivado de GI <input type="checkbox"/> Artículo del periódico <input type="checkbox"/> Derivado de la atención primaria <input type="checkbox"/> Televisión o radio <input type="checkbox"/> Familia / Amigos <input type="checkbox"/> Folleto de hospital <input type="checkbox"/> Otro _____

Otras notas/hallazgos clínicos: