

Protocolo Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

Servicio: Aparato digestivo

Fecha de entrega: 22/06/2016

Destinatario: Hospital y Área de Influencia del Hospital Universitario Infanta Cristina

Reg: PCM PT 127

CONTROL DE MODIFICACIONES		
DESCRIPCION	Nº Versión	Fecha Edición
Creación: Servicio Aparato Digestivo Dra. Sandra Sánchez Prudencio	 1 2	 09/01/2012 19/02/2016

Revisado: Comisión Continuidad Asistencial en Farmacoterapia Fecha: 19 de Febrero de 2016 Firma	Aprobado: Comisión Continuidad Asistencial en Farmacoterapia Fecha 19 de Febrero de 2016 Firma
--	---

INDICE

1. INTRODUCCION Y DEFINIICION

2. CLASIFICACION

- 2.1 Clasificación de Montreal
- 2.2 Clasificación endoscópica

3. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

4. SINTOMAS Y COMPLICACIONES

5. DIAGNOSTICO

6. TRATAMIENTO

- 6.1. Medidas higienico-dietéticas
- 6.2 .Tratamiento farmacológico
- 6.3 Tratamiento quirúrgico

7. ALGORITMOS DE TRATAMIENTO

- 7.1 Tratamiento inicial de la ERGE o empírico
- 7.2 Tratamiento de ERGE: no respuesta a tratamiento empírico
- 7.3 Tratamiento de los síndromes extraesofágicos de ERGE
- 7.4 Remisión de síntomas y tratamiento de mantenimiento
- 7.5 Seguimiento endoscópico e histológico del esófago de Barrett

8. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCION Y DEFINICION

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un problema de salud frecuente y se estima que lo sufre cada mes el 25% de los adultos del mundo occidental, cada semana el 12% y a diario el 5%. Las personas con ERGE tienen una peor calidad de vida que la población general y este deterioro repercute en el ámbito social, laboral y psicológico de los pacientes afectados, sobre todo cuando los síntomas son graves u ocurren por la noche e interfieren el sueño.

Según Consenso Internacional (Montreal) la ERGE se define como una condición que aparece cuando el ascenso del contenido ácido gástrico causa síntomas molestos y/o complicaciones.

De hecho cursa con síntomas en la mayoría de los pacientes, aunque existe una forma asintomática en la que existen lesiones esofágicas e incluso puede aparecer con una complicación, cuyo paradigma es el esófago de Barrett.

Los síntomas varían en su forma de presentación, siendo típicos la pirosis y regurgitación y atípicos o extraesofágicos el dolor torácico, tos crónica, disfonía o asma.

Existen síntomas de alarma como disfagia, odinofagia, anemia, hemorragia digestiva o pérdida de peso, en los que estaremos obligados a descartar complicaciones del ERGE u otras enfermedades.

Por tanto, la ERGE se puede manifestar con síntomas, con lesiones de la mucosa esofágica o con la presencia simultánea de síntomas y de lesiones. La gravedad y duración de los síntomas por reflujo y los hallazgos en la endoscopia y la exposición del esófago al ácido no muestran una relación directa.

2. CLASIFICACION

2.1 Clasificación de Montreal

1. SINDROMES ESOFÁGICOS

-Síndromes sintomáticos (*ERGE no erosivo*)

- a) Síndrome de reflujo típico
- b) Síndrome de dolor torácico por reflujo

-Síndromes con lesión esofágica (*ERGE erosivo*)

- a) Esofagitis por reflujo
- b) Estenosis péptica
- c) Esófago de Barrett
- d) Adenocarcinoma esofágico

2. SÍNDROME EXTRAESOFÁGICOS

-Asociaciones establecidas

- a) Síndrome de tos por reflujo
- b) Síndrome de laringitis por reflujo
- c) Síndrome de asma por reflujo
- d) Síndrome de erosiones dentales por reflujo

-Asociaciones propuestas

- a) Faringitis
- b) Sinusitis
- c) Fibrosis pulmonar idiopática
- d) Otitis media recurrente

2.2 Clasificación endoscópica

Los resultados de la endoscopia clasifican a la ERGE en enfermedad por reflujo con esofagitis (ERGE erosiva) y enfermedad por reflujo con endoscopia negativa (ERGE no erosiva). Se estima que alrededor del 30-70% de los pacientes con síntomas típicos de ERGE no presentan ninguna lesión en

el momento en el que realiza la endoscopia. Aunque existen varias clasificaciones, la más utilizada en la actualidad es la de los Angeles.

Clasificación de Savary-Miller

GRADO I. Lesión única, erosiva o exudativa, oval o lineal, limitada a un solo pliegue longitudinal
GRADO II. Lesión no circular, con erosiones o exudados múltiples, limitada a más de un pliegue longitudinal, con o sin confluencia
GRADO III. Lesión circular erosiva o exudativa
GRADO IV. Lesiones crónicas: úlceras, estenosis o esófago corto, aislado o asociado a lesiones de grado I-III
GRADO V. Epitelio de Barrett, aislado o asociado a lesiones de grado I-IV

Clasificación de Los Angeles

GRADO A. Una o más lesiones de la mucosa, inferiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa
GRADO B. Una o más lesiones de la mucosa, superiores a 5 mm, que no se extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa
GRADO C. Una o más lesiones de la mucosa, que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, pero los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia
GRADO D. Una o más lesiones de la mucosa, que se limitan al menos al 75% de la circunferencia

3. EPIDEMIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

Los datos epidemiológicos sobre la magnitud de la ERGE son difíciles de contrastar ya que los estudios internacionales disponibles no han utilizado la misma definición.

En España, la prevalencia de ERGE (síntomas al menos 2 veces por semana) se estima entre el 10 y el 15%, cifra que se sitúa un poco por debajo de la media de los países de Europa y de América del Norte y por encima de los de Asia.

Los estudios de incidencia presentan limitaciones, ya que no todos ellos utilizan la misma definición de ERGE y además no toda la población consulta por estos síntomas. Según diversos estudios, entre 6 y 8 de cada 10 personas con síntomas de ERGE nunca consultan a su médico. En Reino Unido, entre la población general atendida en las consultas del médico de familia se estima una incidencia de ERGE de 4,5 por 1.000 personas al año (IC95%: 4,4-4,7). Otro estudio prospectivo realizado en EE.UU. estimó una incidencia de 5,4 casos por 1.000 personas.

Factores de riesgo:

- La edad, el sexo y las diferencias raciales y étnicas no son factores de riesgo claramente significativos de ERGE.
- La obesidad es un factor de riesgo de ERGE con un gradiente de asociación con el IMC. El aumento de peso con independencia del IMC también se asocia a la ERGE.
- La mayoría de alimentos estudiados (cítricos, bebidas carbonatadas, cafeína, chocolate, cebolla y otras especias, comidas ricas en grasas, menta, hierbabuena), presentan resultados contradictorios y no concluyentes y las comidas abundantes y tomadas antes de acostarse, no se asocian de forma importante con los síntomas de ERGE.
- El ejercicio físico intenso puede exacerbar la ERGE y el moderado podría ser un factor protector, aunque la evidencia disponible es escasa.
- El consumo de tabaco es un factor de riesgo y existe un gradiente de asociación relacionado con el tiempo de consumo.
- No se ha confirmado una asociación clara entre consumo de alcohol y ERGE.
- Determinados fármacos (bloqueadores de los canales del calcio, anticolinérgicos, aminofilinas y nitratos) pueden empeorar los síntomas de ERGE.
- La hernia de hiato por deslizamiento se asocia con los síntomas de ERGE.
- Dormir en posición de decúbito sobre el lado derecho es un factor de riesgo de ERGE y elevar la cabecera de la cama unos centímetros podría ser un factor de protección.

En pacientes con ERGE no está justificado investigar ni erradicar la infección por *H. pylori* a no ser por la presencia de otra enfermedad asociada que lo justifique.

4. SÍNTOMAS Y COMPLICACIONES

La ERGE es una enfermedad con un espectro clínico muy amplio, con diferentes síntomas:

TÍPICOS: Pirosis, regurgitación ácida.

ATÍPICOS:

- Respiratorios: tos crónica, asma, sospecha de aspiraciones
- Otorrinolaringológicos: disfonía, laringitis
- Bucales: pérdida del esmalte dentario
- Dolor torácico por RGE.

OTROS SÍNTOMAS: disfagia, eructos, náuseas, hipersalivación, hipo, dolor epigástrico, globo faríngeo, odinofagia.

La ERGE puede causar diversos grados de esofagitis, incluyendo complicaciones como úlceras o estenosis pépticas. Sin duda la complicación más severa es el esófago de Barrett, donde existe una metaplasia intestinal especializada sobre el epitelio escamoso esofágico, que puede conllevar a displasia y adenocarcinoma esofágico.

5. DIAGNÓSTICO

La presencia de un **síndrome clínico compatible**, fundamentalmente con síntomas típicos, permite diagnosticar la enfermedad a partir de la historia clínica, sin necesidad de exploraciones complementarias en la mayoría de los casos. Cuando los síntomas ocurren dos o más días por semana, existe una gran probabilidad de repercusión clínica, y por lo tanto de enfermedad.

La **endoscopia digestiva alta** es la exploración fundamental para detectar cambios morfológicos (esofagitis o complicaciones), aunque no hay que olvidar que en muchos casos existe ERGE sin apreciar lesiones endoscópicas. Las indicaciones para realizar una endoscopia son:

-Datos de alarma: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hemorragia digestiva o anemia ferropénica

-Síntomas persistentes o progresivos bajo tratamiento a dosis altas y durante 4-8 semanas.

-Enfermedad prolongada (en torno a 5-10 años), para descartar esófago de Barrett.

-Inmunodeprimidos

-Alteraciones en esofagograma u otras pruebas de imagen: masa, estenosis o úlceras.

La **Phmetría ambulatoria de 24 horas** es el mejor método para determinar de forma objetiva la exposición ácida del esófago y para establecer la relación temporal entre los síntomas y los episodios de reflujo ácido. En general se recomienda realizar previamente una manometría esofágica, que permite la localización del esfínter esofágico inferior y la correcta colocación del electrodo de la pH-metría. El papel de la manometría previa a la cirugía antirreflujo (funduplicatura) es controvertido aunque recomendable.

La Phmetría tiene las siguientes indicaciones:

-Confirmación de la sospecha de reflujo si no responden al tratamiento y la endoscopia es negativa.

-Valoración pre y postquirúrgica.

-Evaluación de la eficacia de la inhibición ácida en cuadros severos (bajo tratamiento)

-Valoración de los síntomas atípicos, generalmente como estudio de segunda línea si no hay respuesta al ensayo terapéutico con IBP.

La **impedanciometría** registra el tránsito de cualquier contenido esofágico entre dos puntos, en cualquiera de los dos sentidos y con independencia del pH. En su aplicación a la ERGE sirve para medir el tránsito retrógrado (reflujo) gastroesofágico, y se puede asociar con el registro simultáneo del pH esofágico, pudiendo así detectar los episodios de reflujo e identificar los que son ácidos y no ácidos. La impedanciometría es una prueba todavía en fase de investigación que podría en un futuro ser una técnica de

elección para investigar reflujo no ácido en pacientes con ERGE que no responden al tratamiento antisecreto.

6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la ERGE tiene como objetivo evitar y/o reducir la exposición ácida del esófago y la sintomatología asociada. Es decir, remisión de los síntomas, cicatrización de la esofagitis y prevención de las recidivas y complicaciones. Así, existe un tratamiento a corto plazo (en la fase aguda, persiguiendo la curación), y otro a largo plazo (de mantenimiento), para evitar la recidiva.

Hablamos por tanto de tres tipos de tratamiento:

- Medidas higiénico-dietéticas
- Tratamiento farmacológico
- Tratamiento quirúrgico (cirugía antirreflujo)

6.1 Recomendaciones sobre el estilo de vida y las medidas higiénico-dietéticas

Estas medidas se recomiendan tanto en fases iniciales de la enfermedad como en el mantenimiento de la misma, y aunque no hay suficiente evidencia científica, sí han demostrado de forma individualizada en algunos pacientes su eficacia para paliar los síntomas de la ERGE.

- Las personas con sobrepeso u obesidad y/o fumadoras deberían recibir consejo claro, específico y personalizado dirigido a modificar el riesgo de presentar síntomas de ERGE.
- Siempre que sea posible se deberían sustituir los medicamentos que potencialmente empeoran el reflujo (antagonistas del calcio, nitratos...)
- Se deberían evitar ciertos alimentos (cítricos, cafeína, chocolate, tomate...), bebidas carbonatadas y comidas copiosas y ricas en grasas, que puedan exacerbar los síntomas de ERGE.
- Se debería practicar ejercicio físico regular 30 minutos al día, pero evitando ejercicio físico intenso.

- Algunos pacientes con ERGE pueden beneficiarse de acostarse transcurrida al menos una hora después de comer, dormir acostado sobre el lado izquierdo y con la cabecera de la cama elevada unos 15-30 cm.

6.2 Tratamiento farmacológico

Los **inhibidores de la bomba de protones (IBP)** son fármacos antisecretores que actúan sobre la bomba de protones de la célula parietal, bloqueando la enzima H⁺/K⁺ATPasa. Desde un punto de vista clínico no hay diferencias entre los diferentes IBP actualmente disponibles. Se recomienda que se tomen antes del desayuno.

Dosis estándares:

- Omeprazol: 20 mg/día
- Lansoprazol: 30 mg/día
- Pantoprazol 40 mg/día
- Rabeprazol: 20 mg/día
- Esomeprazol: 40 mg/día

Omeprazol es el IBP de elección. Según el Documento de la Comunidad de Madrid sobre Criterios de Selección de IBP, el perfil de eficacia y seguridad de todos los IBP es similar y el omeprazol es el que representa la mejor relación coste-eficacia. En casos puntuales o en casos de interacciones de relevancia clínica con omeprazol, se podrían utilizar como alternativa el resto de los IBP.

Los IBP se han demostrado eficaces en el tratamiento del síndrome típico de ERGE (ERGE no investigada), así como en la ERGE no erosiva y ERGE erosiva (leve, moderada o grave).

En pacientes con ERGE no investigada, ERGE no erosiva y ERGE erosiva leve a moderada el tratamiento recomendado es omeprazol 20 mg /día durante 4 semanas. Si los síntomas no han desaparecido se puede prolongar el tratamiento otras 4-8 semanas, o doblar la dosis de omeprazol dividiéndola en dos tomas (20 mg/12 horas) durante 4-8 semanas más. Tras la desaparición de los síntomas se debe realizar ensayo de retirada, y si existe recidiva iniciar terapia de mantenimiento a demanda con omeprazol.

En pacientes con ERGE erosiva grave se recomienda emplear omeprazol a doble dosis desde el inicio de tratamiento (20 mg/12 horas) durante 8 semanas. Una vez finalizado este periodo (se puede ampliar 4-8 semanas adicionales), se recomienda intentar reducir la dosis a la mínima eficaz para controlar los síntomas y mantener el tratamiento.

Sus efectos adversos típicos son náuseas, cefalea o diarrea.

Los **antagonistas H2** (ranitidina, famotidina) son fármacos antisecretores que bloquean el receptor de histamina de la célula parietal. Presentan diferencias de potencia, duración y rapidez de la acción, pero en general se pueden utilizar indistintamente.

Dosis estándares:

Ranitidina: 300 mg/día

Famotidina: 40 mg/día

Son una alternativa a los IBP en el tratamiento del síndrome típico de la ERGE y de la esofagitis por reflujo en su fase aguda (dosis estándar) y la de mantenimiento (dosis estándar y/o mitad de dosis). Además se pueden emplear a demanda o de forma intermitente para el control de los síntomas crónicos de reflujo.

Sus efectos adversos posibles son citopenias, ginecomastia, alteración de función hepática y reacciones de hipersensibilidad).

Los **antiácidos y alginatos** neutralizan la secreción ácida y son más eficaces que el placebo en el control sintomático de la ERGE. Aunque han sido utilizados durante muchos años, actualmente juegan un papel secundario. Sobre todo son eficaces en el tratamiento de los episodios aislados de pirosis, por lo que están indicados a demanda para el control de estos episodios.

Sus efectos secundarios más frecuentes son estreñimiento, diarrea, vómitos y meteorismo.

Los **procinéticos** estimulan la motilidad esofago-gástrica, aumentan el tono del esfínter esofágico inferior y aceleran el vaciamiento gástrico. En los últimos años se han producido alertas de seguridad sobre riesgos cardíacos y neurológicos asociados

a la utilización de metoclopramida y domperidona, recomendándose restricciones importantes en su uso, indicaciones y posología. Aunque su papel en esta patología era limitado, con las recomendaciones actuales no deben emplearse en el tratamiento del ERGE, ni solos ni en combinación con otros fármacos.

Destacar que en el tratamiento del dolor torácico por reflujo tanto en la fase aguda como la de mantenimiento deberían ser los IBP (dosis estándar). Además, en los pacientes con síndromes extraesofágicos establecidos se debería tratar con IBP con doble dosis y durante un tiempo prolongado.

6.3 Tratamiento quirúrgico

La cirugía antirreflujo debería realizarse mediante la técnica de funduplicatura por laparoscopia. Está indicada ante el fracaso de la medicación (recidivas frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico), un paciente joven, y/o el deseo expreso del paciente (por no querer tomar el tratamiento de forma prolongada). Esta opción quirúrgica debe ser personalizada, y los pacientes deben estar informados de los beneficios y riesgos de la misma.

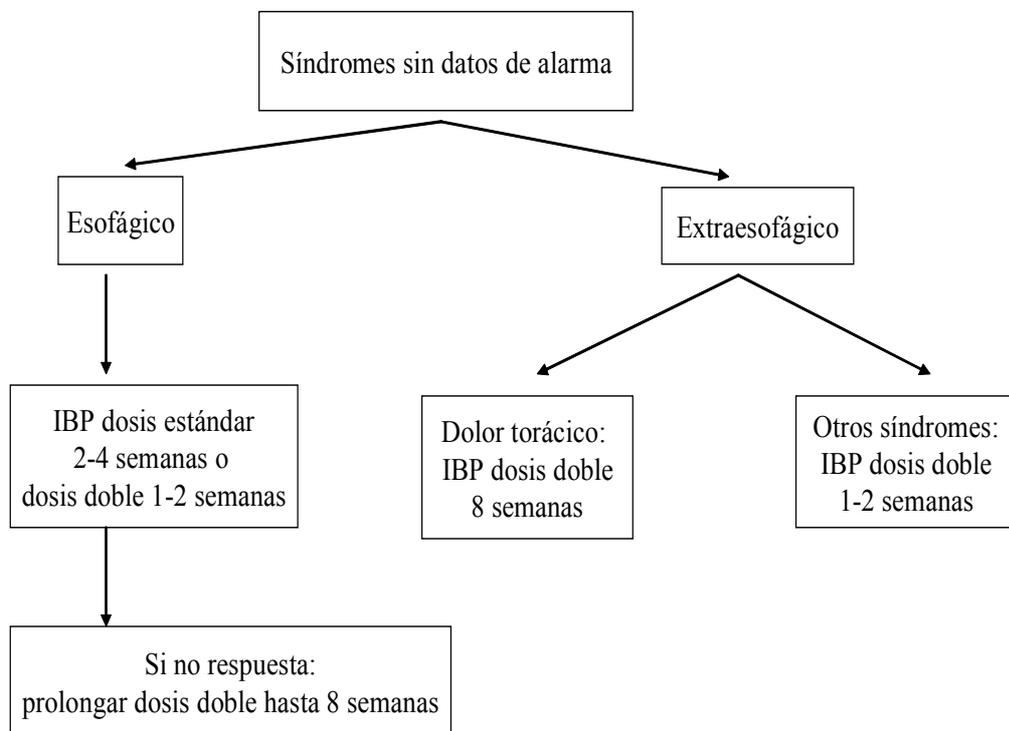
6.4 Tratamiento de complicaciones

Estenosis esofágica péptica: puede tratarse con dilataciones endoscópicas o bien con dilatadores tipo Maloney.

Esófago de Barrett: ver algoritmo.

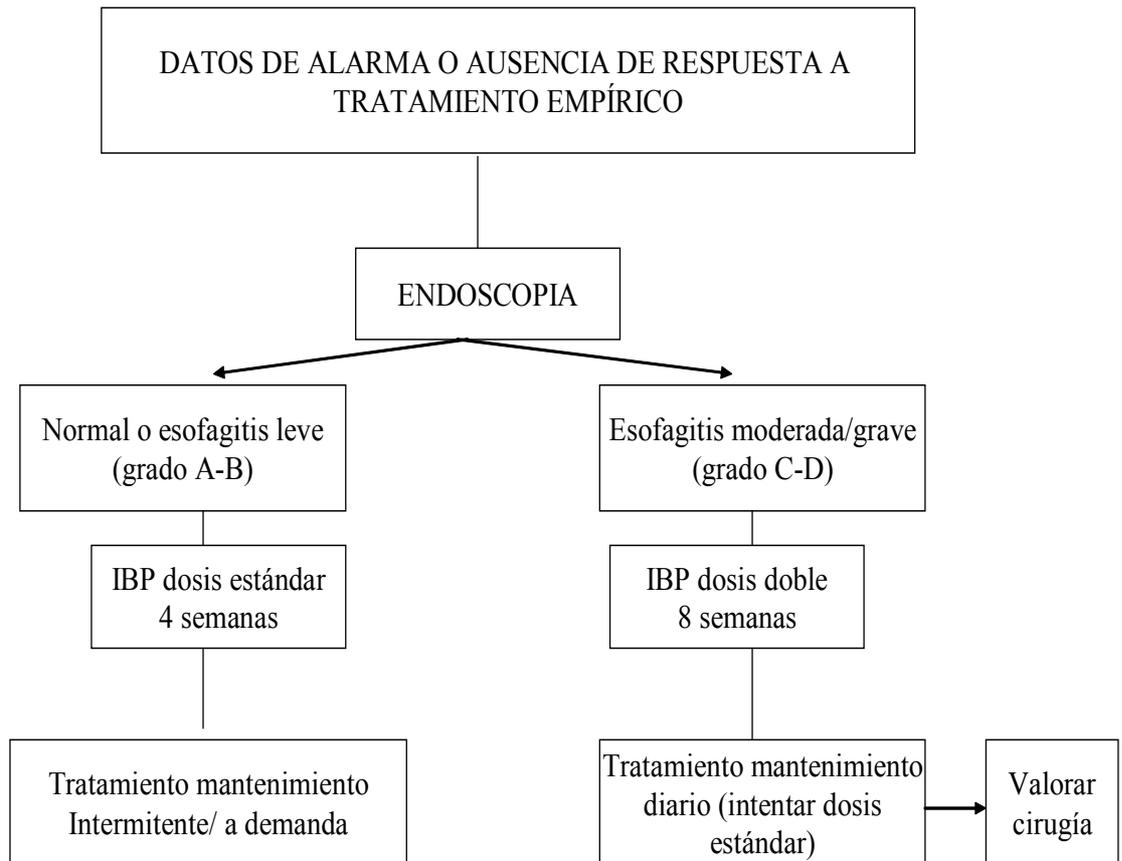
7. ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEÚTICOS

7.1 Tratamiento inicial de ERGE o empírico



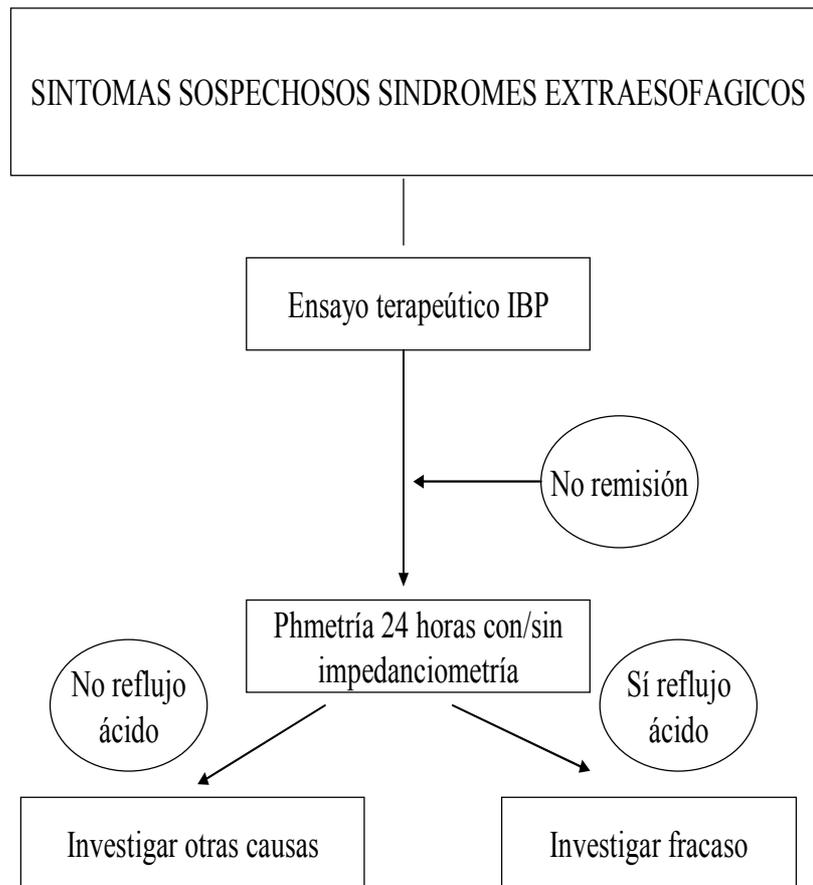
IBP: (omeprazol)

7.2 Diagnóstico/tratamiento ERGE: no respuesta a tratamiento empírico



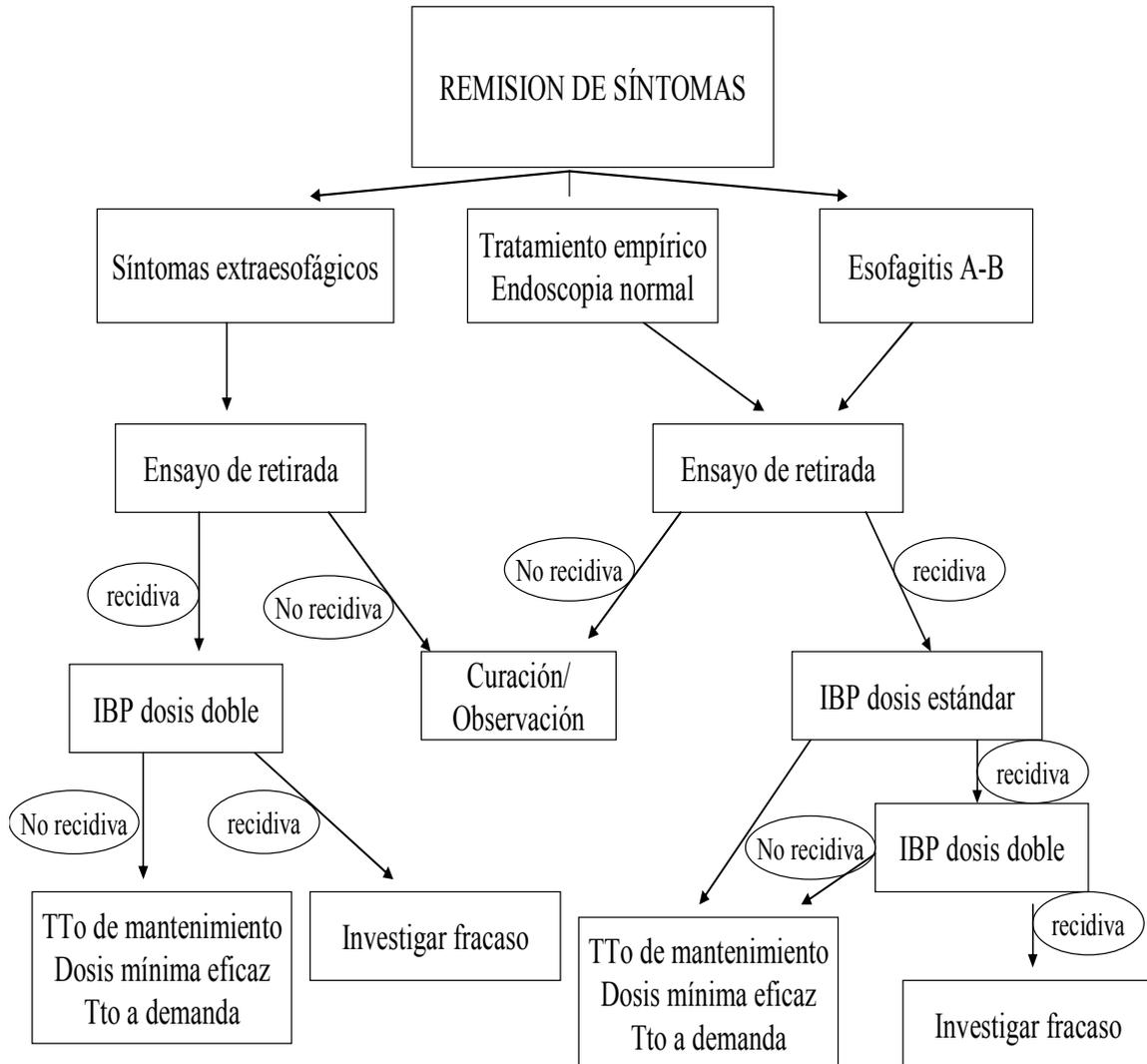
IBP: (omeprazol)

7.3 Tratamiento de los síndromes extraesofágicos de ERGE



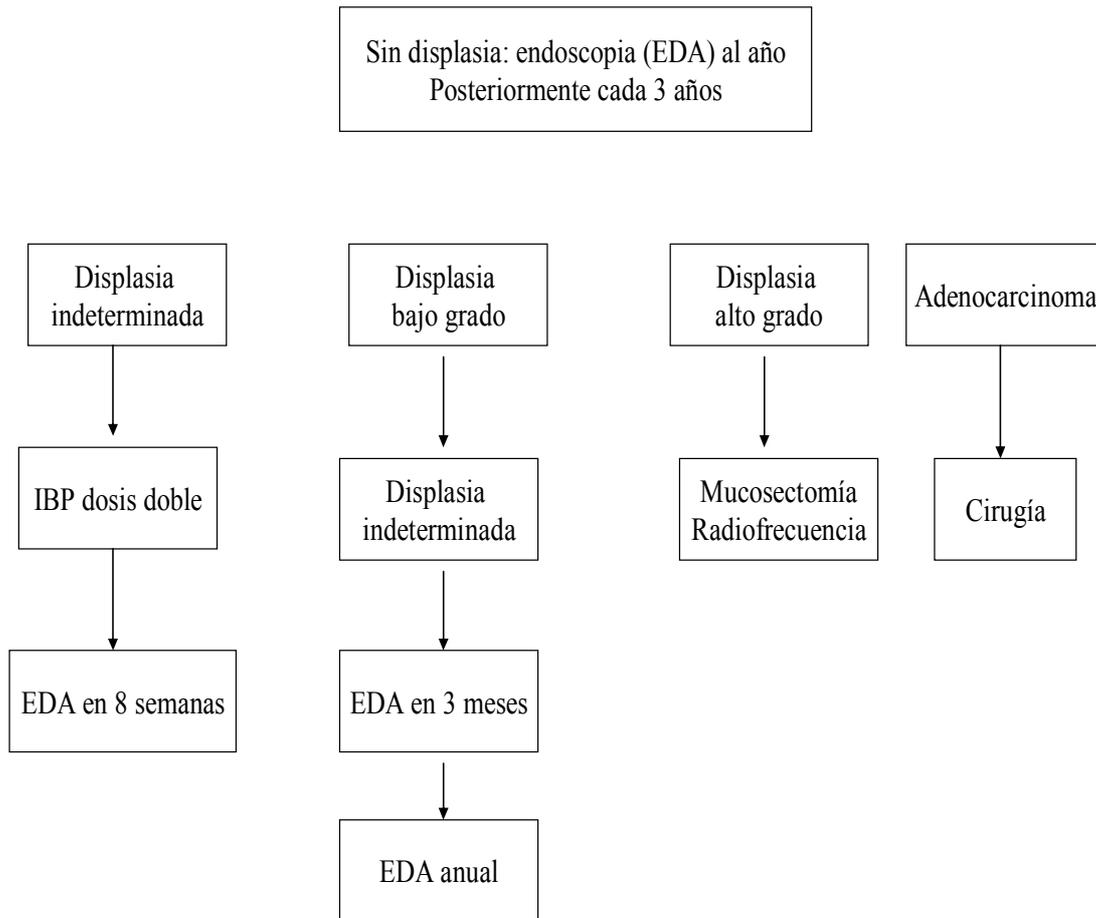
IBP: (omeprazol)

7.4 Remisión de síntomas y tratamiento de mantenimiento



IBP: (omeprazol)

7.5 Seguimiento endoscópico e histológico del esófago de Barrett



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Dent J et al. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005;54:710-7-
2. Ponce J et al. Prevalence of gastro-oesophageal reflux disease in Spain and associated factors. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;23:175-84.
3. Vakil N et al. Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-20.
4. Armstrong D et al. Canadian Consensus Conference on the management of gastroesophageal reflux disease in adults-update 2004. *Can J Gastroenterol* 2005;19:15-35.
5. DeVault et al. American Collage of Gastroenterology updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005;100:190-200.
6. Kaltenbach T et al. Are lifestyle measures effective in patients with gastroesophageal reflux disease? An evidence-based approach. *Arch Intern Med* 2006;166:965-71.
7. Cremonini et al. Diagnostic and therapeutic use of proton pump inhibitors in non-cardiac chest pain: a metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 2005;100:1226-32.
8. Shaw et al. Diagnostic utility of reflux disease symptoms. *Gut* 2004;53:25-7.
9. Van Herwaarden MA et al. Diagnosis of reflux disease. *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2000;14:759-74-
10. Bodger K et al. Guidelines for oesophageal manometry and ph monitoring. *British Society of Gastroenterology*. Nov 2006.
11. Khan M et al. Pharmacological therapies in the short term treatment of esophagitis. *Cochrane Database Syst Rev*.
12. Donnellan C et al. Medical treatments for the maintenance therapy of reflux oesophagitis and endoscopic negative reflux disease. *Chrocane Database Syst Rev* 2005
13. Edwards SJ et al. Systematic review of proton pump inhibitors for the acute treatment of reflux oesophagitis. *Aliment Pharmacol Therapy* 2001;15:1729-36-
14. Klok RM et al. Metaanalysis: comparing the efficacy of proton pump inhibitors in short term use. *Aliment Pharmacol Therapy* 2003;17:1237-45.
15. Shaheen NJ et al. Upper Endoscopy for Gastroesophageal Reflux disease: Practice Advine From the clinical guidelines committe of the American Collage of Physicians. *Ann Intern Med* 2012;157:808.
16. ASGE Standars of Practice Committe, Evans JA et al. The role of endoscopy in Barrett's esophagus and the other premalignant conditions of the esophagus. *Gastrointestinal Endosc* 2012;76:1087.