



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ENFERMEDAD ESOFAGOGÁSTRICA PREVALENTE

Pablo Miranda García
Servicio Aparato Digestivo
Hospital Universitario La Princesa
Madrid



Índice

1. ERGE
2. Dispepsia
 - . No investigada
 - . Funcional
3. Helicobacter pylori
 - . Indicaciones de tratamiento
 - . Pautas erradicadoras



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



1. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)



ERGE

- “ Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
- . El reflujo de contenido gástrico que causa molestias y/o complicaciones
 - . Síntomas típicos: pirosis y regurgitación ácida

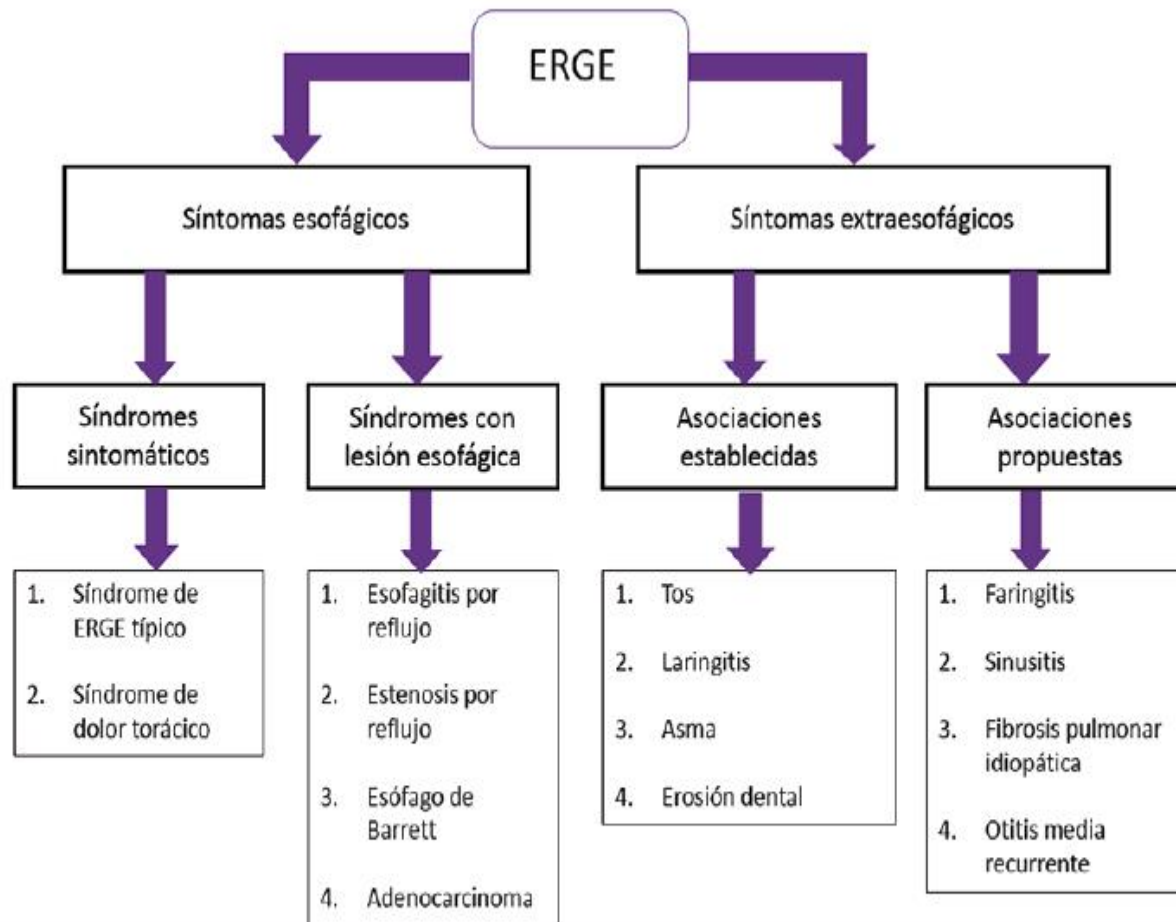
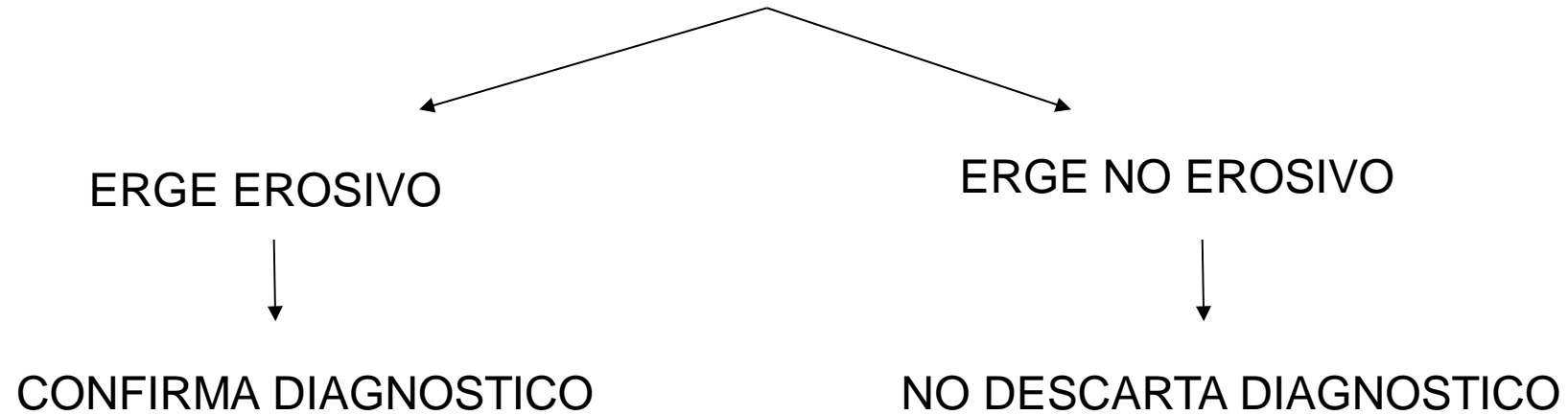


Figura 1. Clasificación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) según sus manifestaciones (Consenso de Montreal).



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA





ERGE

Indicaciones endoscopia

- **Síntomas de alarma**

 - “ Disfagia, anemia, sd constitucional, odinofagia, HDA

- Considerar en presencia de:

 - “ Síntomas atípicos

 - “ Hipo, globo, náuseas, dolor torácico

 - “ Pacientes > 50 años, > 5 años de síntomas, FDR Barrett

- Control de esofagitis grado C/D tras tratamiento

- No control síntomas tras 4-8S de IBP doble dosis



Tratamiento ERGE

” Medidas higiénico-dietéticas

- . **Control sobrepeso/obesidad**
- . **Elevar cabecero cama**
- . Evitar decúbito postprandrial (2-3 horas)
- . 5 comidas/día
- . Evitar grasas, chocolate, alcohol, tabaco, cítricos, tomate, café, comidas copiosas (si se nota mejoría)
- . Evitar AAS, AINEs, calcioantagonistas, nitratos, teofilinas, mórnicos, benzodiacepinas, tetraciclinas, K, Fe, bifosfonatos, progesterona, quinidina, anticolinérgicos



Tratamiento ERGE

“ Antiácidos:

- . Control **puntual** de síntomas
- . Inicio rápido, duración corta

- . Alginato de sodio (Gaviscon[®]): control postprandrial “acid pocket”

ERGE

“ Anti H2

- . Ranitidina, famotidina
- . Síntomas leves
- . Menos de 2 veces/semana
- . Prevención síntomas
- . Mal como tratamiento de mantenimiento (2-6 semanas)
- . Poco efectivos en esofagitis grave (grado C/D)



Tratamiento ERGE

“ IBP

- . Síntomas > 2 veces/semana
- . Efectivos en alivio síntomas
- . Efectivos en tratamiento esofagitis
- . Efectivos en tratamiento mantenimiento
- . Dosis baja vs. estándar vs. doble
- . Duración 4-12-24 semanas
- . EFECTOS ADVERSOS???



1. En general, se puede afirmar que los IBP son un grupo farmacológico seguro con efectos adversos escasos y en su mayoría, leves.
2. La consideración de los IBP como un simple “protector” gástrico sin prácticamente efectos adversos ha disparado su utilización en muchos casos sin una indicación clara o por síntomas no asociados a una hipersecreción ácida.
3. Desde la SEPD se subraya la necesidad de utilizar los IBP solo cuando estén indicados, por el tiempo

Tabla III. Indicaciones actuales de uso de los IBP

<i>Patología</i>	<i>Dosis de omeprazol y tiempo de tratamiento</i>
Úlcera gástrica y duodenal	Omeprazol 20 mg/día 4-8 semanas
Síndrome Zollinger Ellison	Omeprazol 20-60 mg/día
Profilaxis gastroenteropatía por AINE/AAS	Omeprazol 20 mg/ día
Profilaxis úlcera de estrés	Omeprazol 20 mg i.v./ día
Erradicación <i>Helicobacter pylori</i>	Omeprazol 40 mg cada 12 horas 10-14 días
Hemorragia digestiva alta	Bolo por vía intravenosa de Omeprazol 80 mg i.v. seguido de Omeprazol 40 i.v. cada 8 horas o perfusión 8 mg i.v. /hora 72 horas
Enfermedad por reflujo gastroesofágico leve-moderado	Omeprazol 20 mg/ día 4-8 semanas (Incrementar a 40 mg en caso de mayor gravedad)
Dispepsia no investigada y dispepsia funcional en pacientes sin síntomas de alarma y menores de 55 años	Omeprazol 20 mg/día 4-8 semanas



Tratamiento ERGE

- “ Procinéticos
 - . Dudosa eficacia
- “ Agentes antireflujo (baclofeno)
 - . En combinación con IBP
 - . Situaciones especiales: esófago hipersensible/ERGE no ácido
- “ Protectores mucosa esofágica
 - . Ziverel[®], sucralfato
- “ Moduladores dolor visceral
 - . Amitriptilina, ISRS



Tratamiento ERGE en embarazo

- “ Medidas HD
- “ Antiácidos
 - . Evitar bicarbonato de sodio y trisilicato de magnesio
- “ Sucralfato 1g/8 horas
- “ Posible uso de antiH2 e IBP en refractarias
 - . Mejor **ranitidina**
 - . **Omeprazol**, lanzoprazol o pantoprazol



ERGE REFRACTARIO

- “ Ausencia de mejoría con dosis adecuada IBP durante 12 semanas
 - . pHmetría 24 horas con IBP
 - “ Mala inhibición ácida
 - “ Esófago hipersensible
 - “ Pirosis funcional

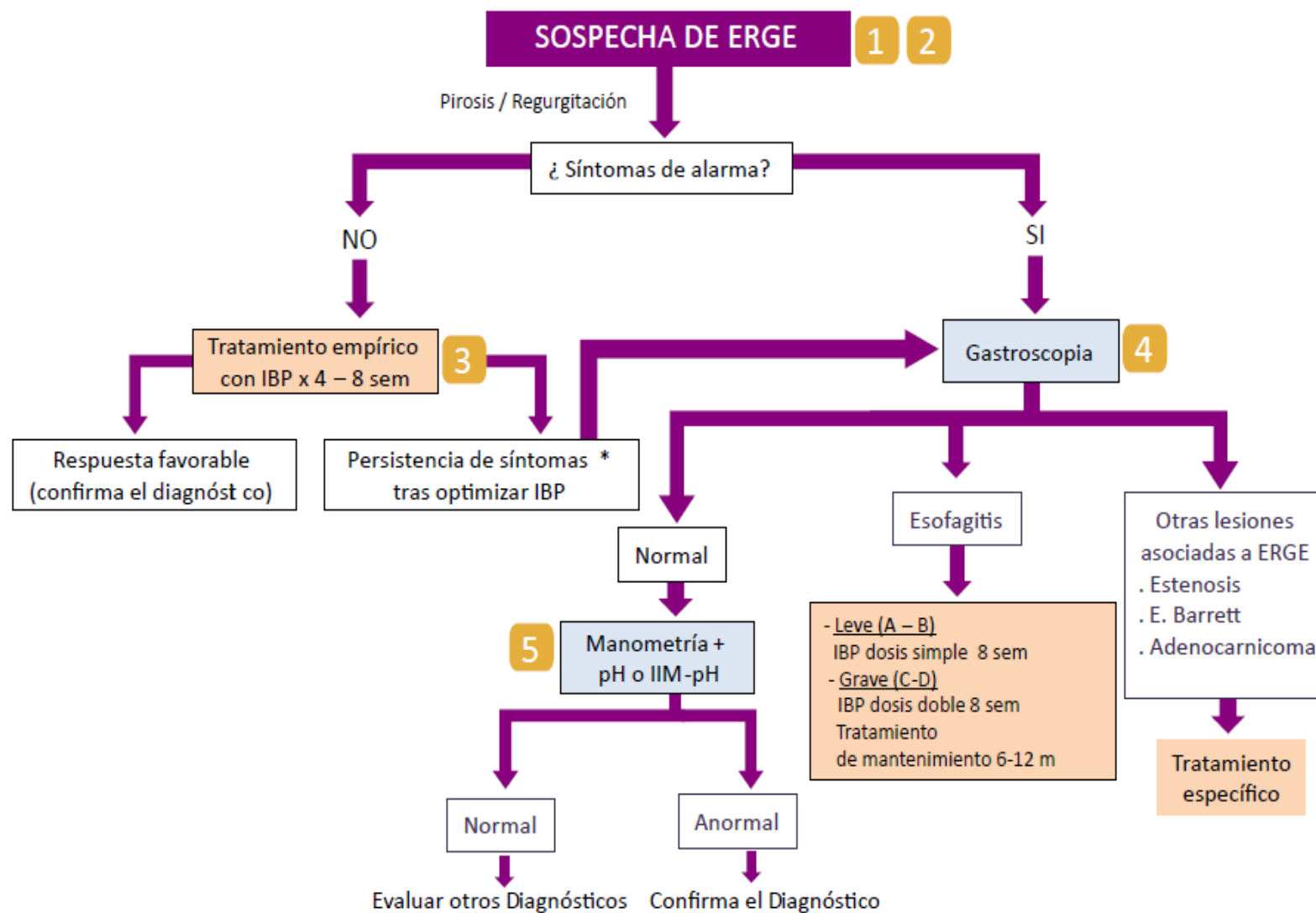
REMITIR A GASTROENTEROLOGO



ERGE

“ Tratamiento de mantenimiento

- . 2/3 de ERGE no erosivo y casi todos ERGE erosivos recidivan al retirar el tratamiento
- . Intentar retirada en todos excepto
 - ” Esófago de Barrett
 - ” Esofagitis grado C/D
- . Mínima dosis eficaz vs. a demanda
 - ” “Mínimos síntomas con mínima dosis”
- . Recidiva > 3 meses después: nuevo ciclo 8S
- . Recidiva < 3 meses después: EDA+IBP mantenimiento
- . Valorar cirugía





CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



2. DISPEPSIA



DISPEPSIA

Dispepsia. Definición según criterios de Roma IV

Síndrome dolor epigástrico
dolor epigástrico/pirosis epigástrica

Síndrome distres postprandial
saciedad precoz
plenitud postprandial

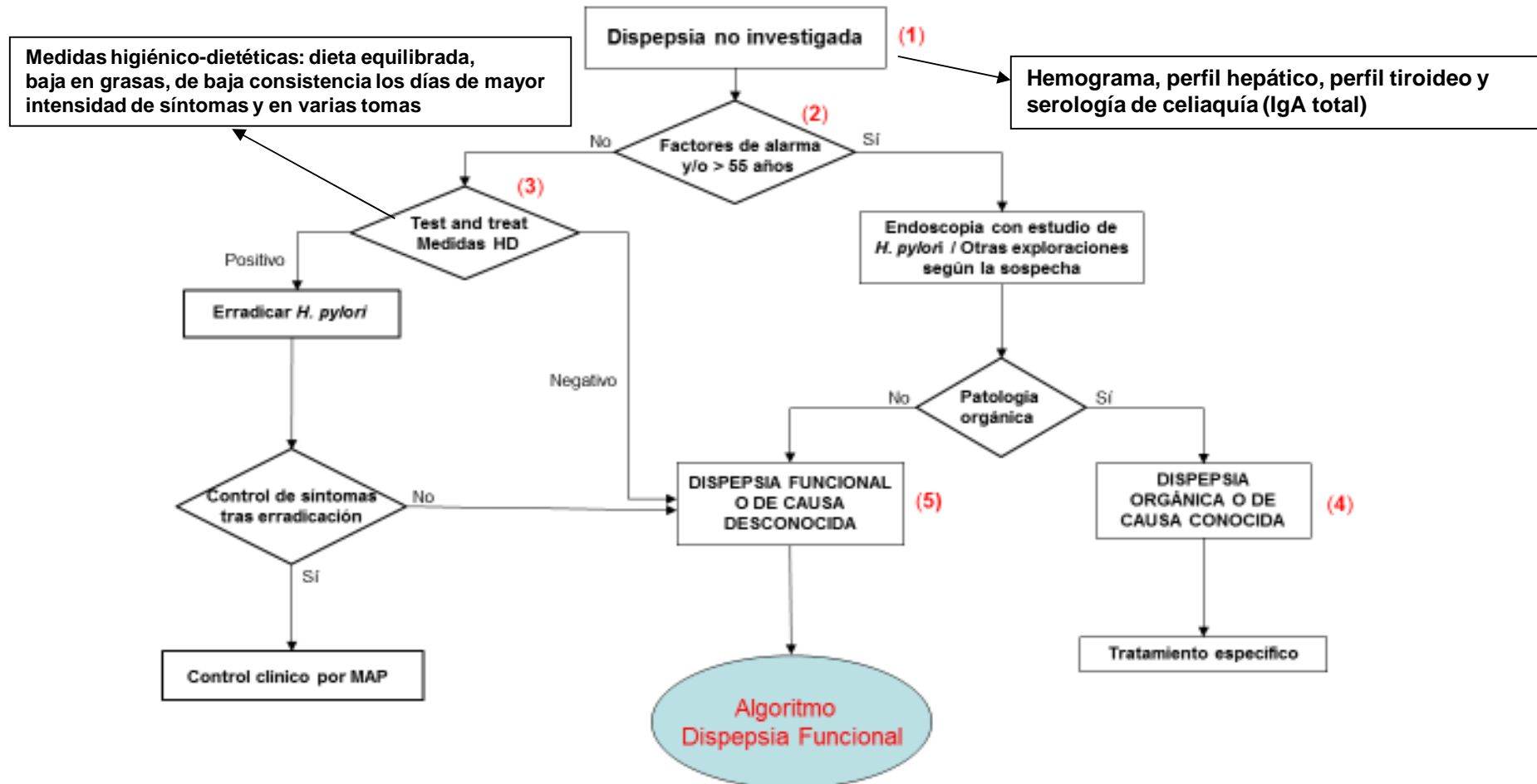
DISPEPSIA

“ Dispepsia no investigada

- . el paciente consulta por primera vez
- . sin pruebas diagnósticas previas

“ Datos de alarma

- . sangrado digestivo
- . disfagia
- . pérdida de peso
- . vómitos intensos y recurrentes
- . alteraciones en la exploración física
- . alteraciones analíticas





DISPEPSIA FUNCIONAL

Dispepsia de causa NO conocida a pesar de estudio

Medidas HD

Estrategia test and treat

test no invasivo de *H. pylori* + erradicación de la infección si está presente

NNT de 12

Actualmente la estrategia más eficaz en el tratamiento de la dispepsia funcional en nuestro medio



DISPEPSIA FUNCIONAL

- “ Síntoma predominante **dolor epigástrico**
 - . IBP dosis bajas o estándar 4-8 semanas
 - “ Omeprazol 20-40 mg/24h
 - “ Lansoprazol 15-30 mg/24h
 - “ Pantoprazol 20-40 mg/24h
 - “ Rabeprazol 10-20 mg/24h
 - “ Esomeprazol 20-40 mg/24h



DISPEPSIA FUNCIONAL

- ” Síntoma predominante **distrés postprandial**
- ” Procinéticos
 - . domperidona 10mg/8 h o levosulpirida 25mg/8 h
- ” 4-8 semanas

Síntomas de dolor epigástrico y distrés posprandial

- . Iniciar el tratamiento con IBP de manera aislada



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



DISPEPSIA FUNCIONAL

No respuesta al tratamiento



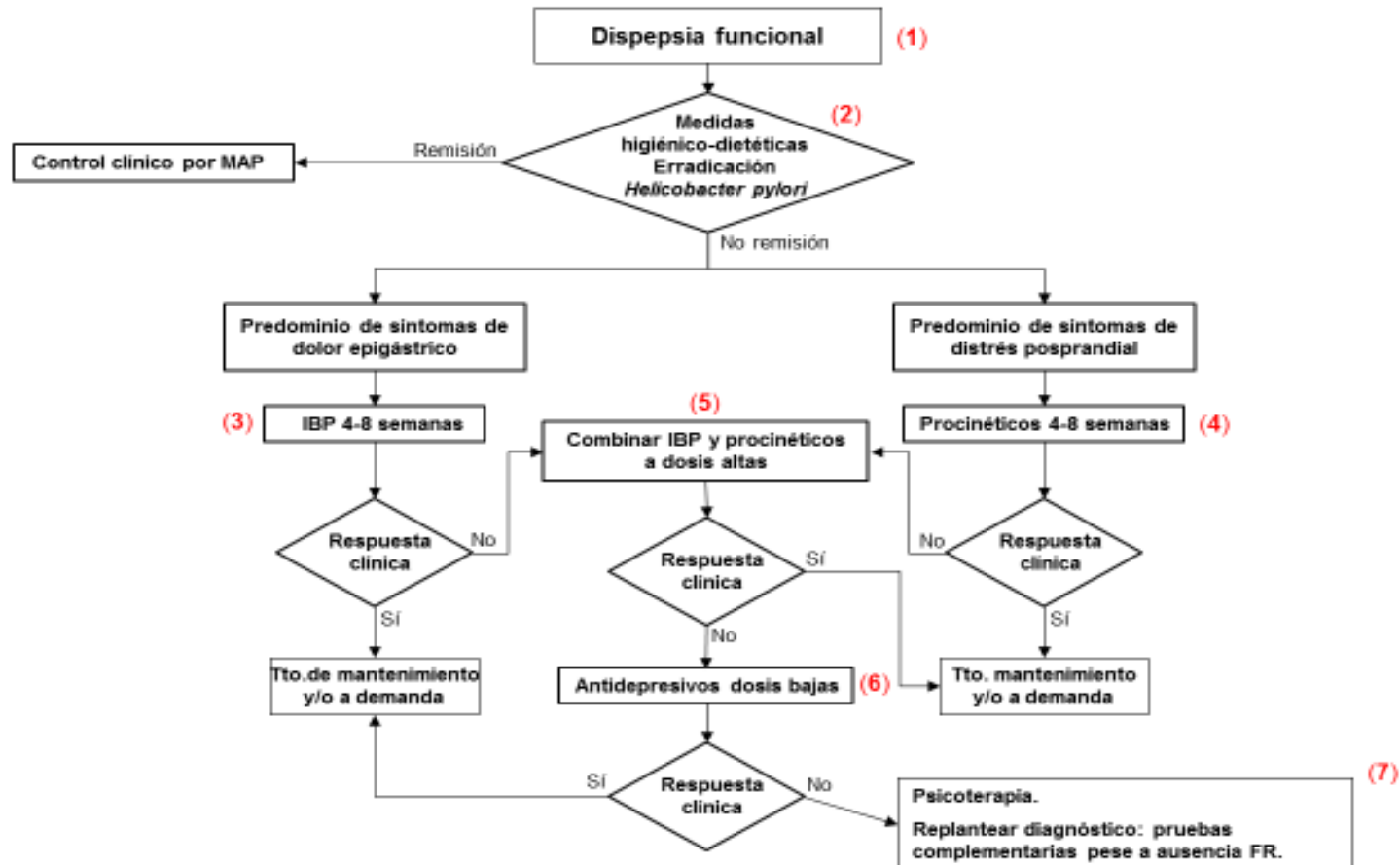
**Tratamiento combinado con IBP a dosis doble junto
con un procinético**



DISPEPSIA FUNCIONAL

- “ Si todas las estrategias anteriores fracasan
- “ Plantearse tratamiento con **antidepresivos** a dosis bajas
 - . Inhibidores de la sensibilidad visceral
- “ Existen estudios de baja calidad con antidepresivos tricíclicos y con ISRS

REMITIR A GASTROENTEROLOGO





CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



3. Helicobacter pylori



Infección por *Helicobacter pylori*

Prevalencia de la infección por *H. pylori* en España

Autor/Año	Procedencia	Población estudiada	Diagnóstico	Prevalencia
Martín Argila, 1996	Madrid	General sana	Serología	53,0%
Rodrigo, 1997	Oviedo	General sana	Serología	49,2%
Baena, 2002	Barcelona	Pacientes Atención 1 ^a	Serología	52,4%
Leandro, 2005	Pamplona	Niños (1-14 años)	Ag heces	15,8%
Macenlle, 2006	Orense	General adulta	TAU	69,1%
Sánchez, 2007	Madrid	General sana	TAU	60,3%
Castro, 2012	Sevilla	Estudiantes (18-23 años)	Serología	32,7%



Helicobacter pylori: INDICACIONES DE TRATAMIENTO

- ” Enfermedad ulcerosa péptica (úlceras gástrica o duodenal)
- ” Dispepsia no investigada en menor de 55 años (test and treat)
- ” Dispepsia funcional
- ” Linfoma gástrico MALT de bajo grado
- ” Paciente intervenido de cáncer gástrico
- ” Familiares de 1er grado de pacientes con cáncer gástrico
- ” Atrofia de la mucosa gástrica y/o metaplasia intestinal
- ” Anemia ferropénica de causa no filiada
- ” Déficit de vitamina B12 de causa no explicada
- ” Púrpura trombocitopénica idiopática
- ” Uso crónica de AAS o AINE en paciente con H^a ulcerosa péptica
- ” Ante *H. pylori*+ se recomienda ofrecer erradicación

Gisbert JP. *Gastroenterol Hepatol*. 2013.

Malfertheiner P et al. *Conferencia de consenso Maastrich V. Gut*. 2017.



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



Gastroenterol Hepatol. 2016;39(10):697-721



ELSEVIER

Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



REVISIÓN

IV Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*



Javier P. Gisbert^{a,*}, Javier Molina-Infante^b, Javier Amador^c,
Fernando Bermejo^d, Luis Bujanda^e, Xavier Calvet^f, Manuel Castro-Fernández^g,
Antonio Cuadrado-Lavín^h, J. Ignasi Elizaldeⁱ, Emili Gene^j, Fernando Gomollón^k,
Ángel Lanas^k, Carlos Martín de Argila^l, Fermín Mearin^m, Miguel Montoroⁿ,
Ángeles Pérez-Aisa^o, Emilio Pérez-Trallero^p y Adrián G. McNicholl^a

Tabla 1 Recomendaciones sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori*

Recomendación 1. Actualmente se recomienda que un tratamiento erradicador sea considerado efectivo cuando sea capaz de curar la infección por *H. pylori* en un porcentaje próximo o preferiblemente superior al 90% de los pacientes

Recomendación 2. Como tratamiento de primera línea de la infección por *H. pylori* se recomienda una pauta cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol)

Recomendación 3. La terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) podría ser una alternativa como tratamiento erradicador de primera línea, una vez que su eficacia sea confirmada en nuestro medio

Recomendación 4. Se recomienda que la duración del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) sea de 14 días

Recomendación 5. Se sugiere que la duración de la terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) sea de 10 o 14 días

Recomendación 6. En pacientes alérgicos a la penicilina se recomienda de primera línea una pauta cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)

Recomendación 7. No se recomienda asociar probióticos al tratamiento erradicador de manera generalizada

Recomendación 8. Tras el fracaso de un primer tratamiento que incluya claritromicina (triple o cuádruple) se recomienda una pauta con levofloxacino, preferiblemente cuádruple (IBP, amoxicilina, levofloxacino y bismuto). Otra alternativa es una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)

Recomendación 9. Tras el fracaso de un primer tratamiento con una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) se recomienda una pauta triple o cuádruple con levofloxacino (IBP, amoxicilina, levofloxacino \pm bismuto)

Recomendación 10. Tratamiento de rescate en pacientes alérgicos a penicilina:

a) Tras el fracaso de un primer tratamiento triple (IBP, claritromicina y metronidazol) se sugiere emplear una terapia cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)

b) Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto se sugiere una terapia triple con IBP, levofloxacino y claritromicina

Recomendación 11. Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea con levofloxacino se recomienda un tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol)

Recomendación 12. Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) se recomienda un tratamiento con levofloxacino

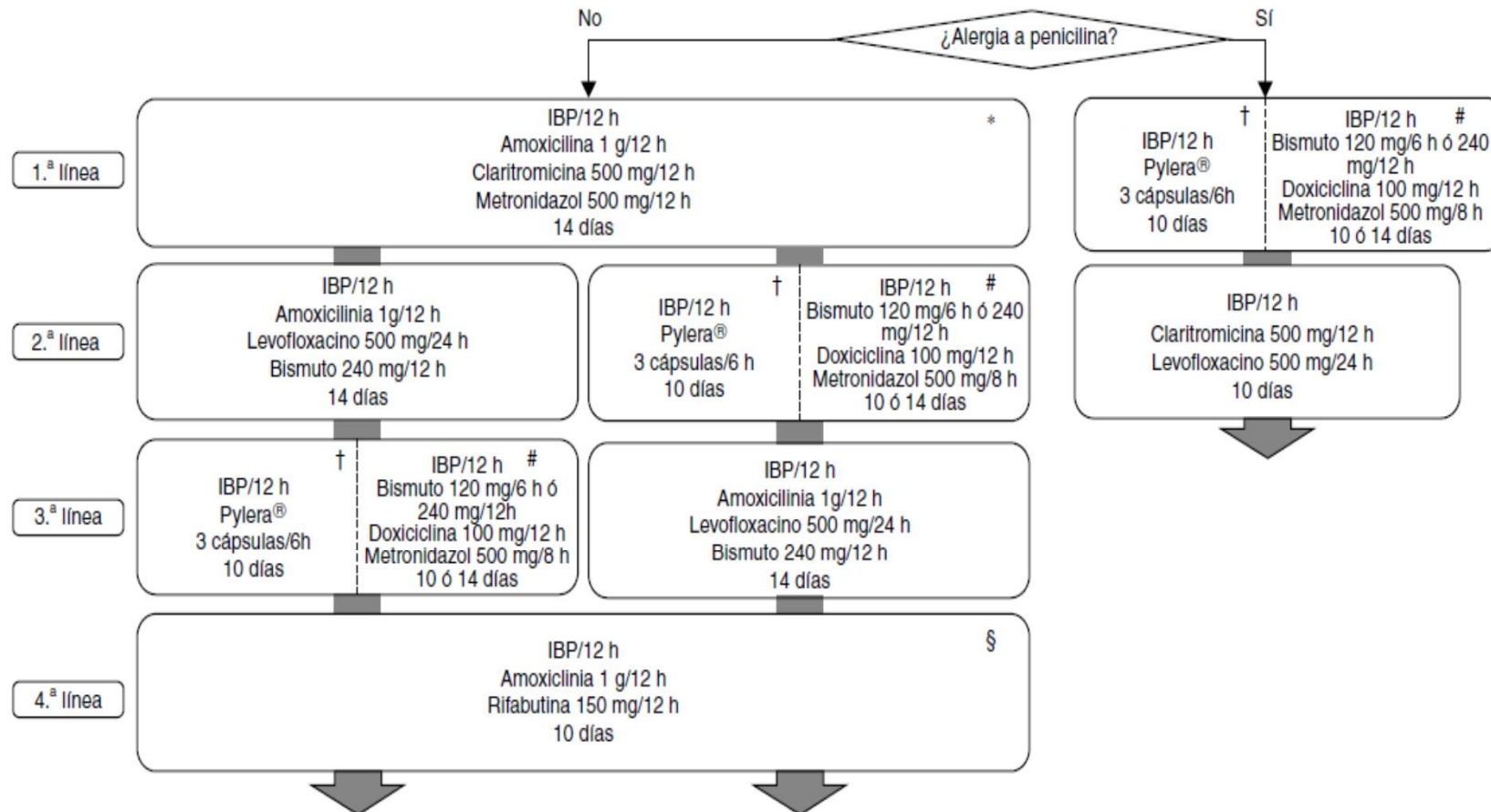
Recomendación 13. Tras el fracaso de un primer tratamiento cuádruple con bismuto (IBP, bismuto, tetraciclina y metronidazol) y una segunda línea con levofloxacino se sugiere un tratamiento cuádruple concomitante (IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol)

Recomendación 14. Tras el fracaso de un tercer tratamiento se sugiere reevaluar cuidadosamente la necesidad de erradicar la infección y, en su caso, pautar una cuarta línea con rifabutina (IBP, amoxicilina y rifabutina)

Recomendación 15. En los pacientes con úlcera duodenal no complicada que no requieren AINE/aspirina no se recomienda mantener el tratamiento antisecretores tras haber finalizado el tratamiento erradicador de *H. pylori*.

Recomendación 16. En los pacientes con úlcera gástrica que no requieren AINE/aspirina se recomienda mantener el tratamiento antisecretores durante 4 a 8 semanas tras haber finalizado el tratamiento erradicador de *H. pylori*

Recomendación 17. En los pacientes con hemorragia digestiva por úlcera péptica la erradicación de *H. pylori* elimina la práctica totalidad de las recidivas; por tanto, una vez confirmada la erradicación y en ausencia de toma de AINE/aspirina, se recomienda no administrar tratamiento de mantenimiento con antisecretores



- “ Siempre comprobar erradicación tras un tratamiento
- “ No recomendado realizar triple terapia OCA10 “clásica” por baja tasa de éxito



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



CONCLUSIONES

ERGE

Tratamiento con IBP 4-8 semanas
Datos alarma o fracaso: endoscopia

DISPEPSIA

No investigada: Test and treat (Hp) vs. endoscopia
Funcional: Erradicar hp, IBP o procinético 4-8 semanas

HELICOBACTER PYLORI

Evitar OCA; OCAM
Nuevas pautas con bismuto
Comprobar erradicación



CONGRESO NACIONAL
DE MEDICINA GENERAL
Y DE FAMILIA

San Sebastián 2017
18-20 Mayo



Muchas gracias

pmpablomiranda@gmail.com

